

RAPPORT DE BLESSURE DE LA FQBG

PAGE 1/2



Se reporter au verso pour l'adresse postale

Ce formulaire doit être rempli au complet sans quoi il sera retourné. Ce formulaire doit être rempli chaque fois qu'un joueur, un spectateur ou toute autre personne assistant à une activité de ballon sur glace sanctionnée subit une blessure.

LA DEMANDE DE RÈGLEMENT DOIT ÊTRE PRÉSENTÉE DANS LES 90 JOURS SUIVANT LA DATE DE L'ACCIDENT. DATE DE L'ACCIDENT : ___/___/___
Jour Mois An

PARTICIPANT BLESSÉ : Joueur Officiel d'équipe Officiel du match Spectateur

Nom : _____ Date de naissance : ___/___/___ Sexe : M F
Jour Mois An

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____ Tél. : (___) _____

Parent/Tuteur : _____

CATÉGORIE

U9 U12 U15 U17 U19
 Sénior

CLASSE

Elite A B Récréatif

Autre _____

PARTIE DU CORPS BLESSÉE

| | | |
|---|--|---|
| Tête <input type="checkbox"/> Région des yeux <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Dents | Dos <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/> Haut | Tronc <input type="checkbox"/> Côtes <input type="checkbox"/> Poitrine <input type="checkbox"/> Abdomen |
| Bras : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Main/Doigt <input type="checkbox"/> Avant-bras/Poignet | Jambe : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Autre | Bassin <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Aine <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> Cuisse <input type="checkbox"/> Pied |

NATURE DE LA BLESSURE

Commotion Entorse Dislocation Lacération Foulure Séparation Fracture Contusion Blessure à un organe interne

SOINS SUR PLACE

Soins sur place seulement A refusé les soins

Envoyé à l'hôpital en : Ambulance Automobile

CIRCONSTANCES ENTOURANT LA BLESSURE

Nom de l'aréna/endroit : _____

Hors-concours/Saison régulière Éliminatoires/Tournoi Entraînement Essai Autre Échauffement 1^{re} période 2^e période 3^e période Prolongation : _____ Entraînement hors glace Apparition graduelle Autre sport Autre : _____

RAISON DE LA BLESSURE

Frappé par un ballon Collision contre la bande Blessure sans contact Frappé par un bâton Collision au centre de la glace Collision avec un adversaire Chute sur la glace Mise en échec par-derrière Collision avec le filet Bataille Coup surnois

Est-ce que le joueur blessé évoluait dans une ligue et une catégorie appropriées à son groupe d'âge?

Oui Non

L'activité était-elle sanctionnée par la FQBG?

Oui Non

ENDROIT

Zone défensive Derrière le filet Stationnement Autre : _____ Zone offensive 1 m de la bande Vestiaire Aire des spectateurs Banc

ÉQUIPEMENT PORTÉ LORS DE LA BLESSURE

Protecteur facial complet Coquille protectrice Demi-protecteur facial/visière Casque sans protecteur facial Sans casque ni protecteur facial Gants

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Est-ce que le joueur a déjà subi cette blessure? Oui Non

Si « OUI », il y a combien de temps? _____

Est-ce qu'une punition a été imposée à la suite de l'incident? Oui Non

Absence prévue du hockey?

1 semaine 1-3 semaines + 3 semaines

DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

(annexer une feuille au besoin)

J'autorise, par la présente, tout endroit préférant des soins médicaux, médecin, dentiste ou toute autre personne m'ayant soigné ou examiné ou ayant soigné ou examiné mon enfant, à fournir à la FQBG tous les renseignements relatifs à toute maladie ou blessure, tout antécédent médical, toute consultation, ordonnance ou tout traitement ainsi que des copies de tout rapport du dentiste, de l'hôpital ou du médecin. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation sera réputée aussi valable que l'original.

Signé : _____

(Parent ou tuteur si moins de 18 ans)

Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉQUIPE

(doit être rempli par un officiel de l'équipe)

Organisation : _____

Nom de l'équipe : _____

Officiel de l'équipe (en caractères d'imprimerie) : _____

Poste de l'officiel de l'équipe : _____

Signature : _____

Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE-MALADIE

À REMPLIR AU COMPLET SANS QUOI LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE SERA RETARDÉ

Occupation : Employé à temps plein Employé à temps partiel Sans emploi Étudiant à temps plein

Employeur (s'il s'agit d'un mineur, indiquez l'employeur d'un parent) : _____

1. Êtes-vous couvert par un régime provincial d'assurance-maladie? Oui Non Province : _____

2. Êtes-vous couvert par une autre assurance? Oui Non (Si « OUI », PRÉSENTEZ VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT À VOTRE ASSUREUR DE PREMIÈRE LIGNE.)

3. Une demande de règlement a-t-elle été présentée? Oui Non (Si « OUI », VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR LE SOMMAIRE DES PRESTATIONS DE VOTRE ASSUREUR DE PREMIÈRE LIGNE.)

Indemnité payable à : Personne blessée Parent Équipe Autre : _____

APPROBATION de la division

