

# RAPPORT DE BLESSURE

## Identification du blessé :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

# Tél. : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

*Année / Mois / Jour*

Sexe :  Féminin

Masculin

## Moment de la blessure :

Date : \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_

Activité :  Pratique

Partie

Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

## Lieu de l'accident :

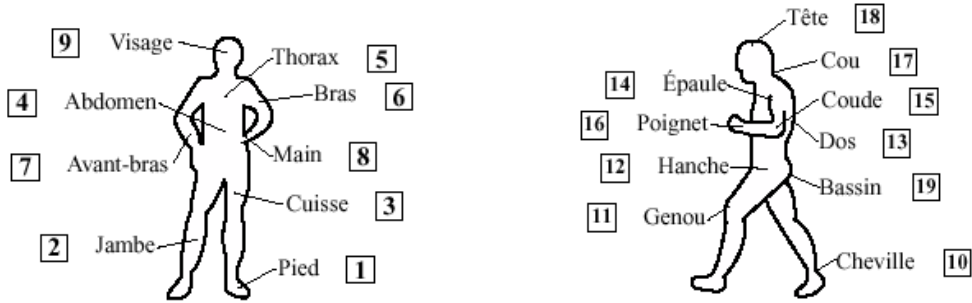
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Circonstances de l'accident :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Blessure :**

*Localisation* (encerclez l'élément correspondant)



*Nature* (encerclez l'élément correspondant)

Fracture<sub>1</sub>    Dislocation<sub>2</sub>    Entorse<sub>3</sub>    Commotion<sub>4</sub>  
Contusion<sub>5</sub>    Autres (spécifiez)<sub>6</sub> \_\_\_\_\_

*Destination* (encerclez l'élément correspondant)

Retourné à son activité<sub>1</sub>    Domicile<sub>2</sub>    Clinique médicale<sub>3</sub>  
Hôpital<sub>4</sub>

*Mode de transport* (encerclez l'élément correspondant)

Ambulance<sub>1</sub>    Automobile<sub>2</sub>    Policier<sub>3</sub>  
Autres (spécifiez)<sub>4</sub> \_\_\_\_\_

**Identification de la personne qui a complété le rapport :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

# Tél. : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
*Année / Mois / Jour*

Fonction : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  
 Masculin

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_