



CONCOURS

RAPPORT D'ACCIDENT ET DE BLESSURES

Ce formulaire doit être soumis par le commissaire, le délégué technique ou le comité organisateur du concours.
Ce formulaire doit être présenté à CE dans les 24 heures suivant l'accident.

1. URGENT

ACCIDENT MORTEL

ACCIDENT GRAVE ou BLESSURES SÉRIEUSES

NÉCESSITE L'ATTENTION IMMÉDIATE DE CE

SUSPENSION MÉDICALE

Partie blessée : Personne (seulement) Cheval (seulement) Personne et cheval Athlète Groom Officiel
 Autre :

Nom de la personne : _____ Numéro de membre CE : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ Sexe : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Nom du cheval : _____

Numéro de passeport : _____ Âge du cheval : _____

Nom du propriétaire : _____ Numéro de téléphone : _____

2. Renseignements relatifs au concours

Nom du concours : _____ Numéro du concours : _____

Date : _____ Heure : _____

Lieu : _____

Organisateur : _____ Téléphone : _____

3. Description de l'accident

Risque de traumatisme crânien

Autre blessure :

Autorisé à concourir :

Suspension médicale

Date : _____

Membre du personnel médical présent (nom) : _____ Téléphone : _____

Médecin Technicien ambulancier paramédical Infirmière Infirmière praticienne Premier répondant Vétérinaire

Autre :

4. Traitement

Sur place Transporté Aucun Refus Transporté à l'hôpital par ses propres moyens

Autre : _____

Par : Technicien ambulancier paramédical Médecin Vétérinaire Spectat Officiel

Nom : _____

5. Lieu de l'accident rapporté

Aire d'échauffement Écurie Carrière de concours Parcours de cross-country

Autre : _____

Type d'épreuve : _____

Nom de l'épreuve : _____

Type d'obstacles (le cas échéant) : _____

Dimensions approximatives des obstacles (le cas échéant) : _____

Caractéristiques de sécurité des obstacles	Cuillères de sécurité :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> S. O.
	Structure déformable :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> S. O.
	Culbute :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> S. O.

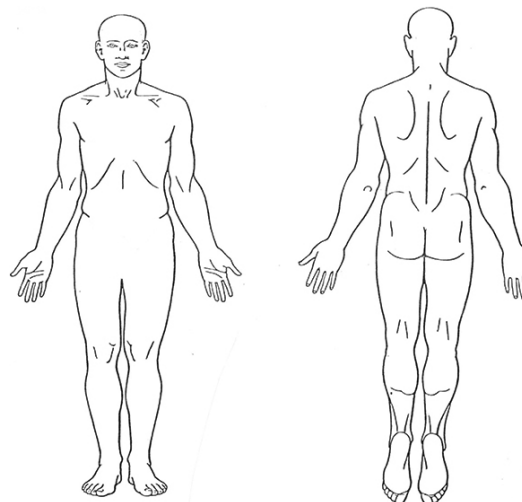
6. Brève description de l'accident et symptômes

En caractères d'imprimerie S.V.P.

7. Nature des blessures de la personne

Commentaires :

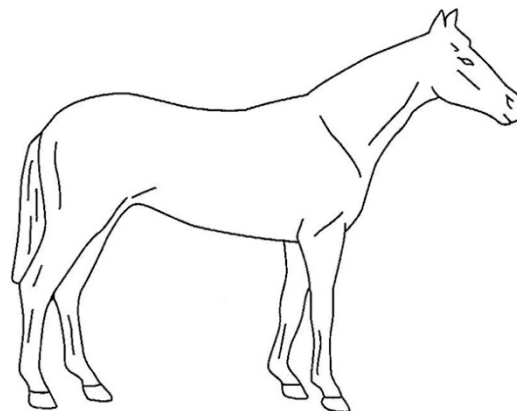
En caractères d'imprimerie S.V.P.



8. Nature des blessures du cheval

Commentaires :

En caractères d'imprimerie S.V.P.



9. Témoins de l'accident :

Avez-vous été témoin de l'accident? OUI NON

Sinon, qui vous a signalé l'accident?

Nom : _____

Téléphone : _____

Joindre le rapport du témoin oculaire, s'il est disponible, ou la déclaration du préposé médical.

Nom	Adresse	Téléphone
1.		
2.		
3.		

10. Suivi :

Nom du commissaire/délégué technique/comité organisateur : _____

Date du rapport : _____

Signature du commissaire/délégué technique : _____

Numéro de licence sportive de CE : _____

Nom du membre du personnel médical présent : _____

Signature du membre du personnel médical présent : _____

ENVOYEZ CE DOCUMENT PAR COURRIEL (competitions@equestrian.ca) DANS LES 24 HEURES SUIVANT UNE DES SITUATIONS MENTIONNÉES CI-DESSOUS PUIS APPELEZ LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE D'URGENCE (1-833-251-7038)

- Décès d'une personne ou d'un cheval;
- Un cavalier, une autre personne ou un cheval est inconscient ou en état critique et doit être transporté en ambulance.

Le délai de réponse de Canada Équestre aux messages vocaux laissés sur la ligne téléphonique d'urgence est d'au plus 3 heures.