



RINGETTE | RINGUETTE
CANADA

FORMULAIRE DE RAPPORT D'INCIDENT DE COMMOTION CÉRÉBRALE

FORMULAIRE DE RAPPORT D'INCIDENT				
Renseignements sur le participant		Date :		
Nom :		Prénom :		
Téléphone :		Province :		
Genre :	Fille / Femme	Garçon / Homme	Personne non binaire (y compris sans genre, de genre queer, au genre fluide, et bi/polygenre)	Je préfère ne pas le dire
Âge :				
Club / Ligue :				
Autres conditions médicales pertinentes				
RAPPORT D'INFORMATION SUR L'INCIDENT				
Date de l'incident :				
Heure de la première intervention :				
Heure d'arrivée du soutien médical :				
Décrivez l'incident				
Conditions : (donnez toutes les informations pertinentes, par exemple la qualité de la surface de la glace) :				
Mesures prises :				
Après l'intervention, le blessé :		<input type="checkbox"/> a été renvoyé chez lui	<input type="checkbox"/> a été envoyé à l'hôpital	<input type="checkbox"/> est revenu au jeu
Formulaire rempli par :				
En caractères d'imprimerie				
Date	Signature			

Les informations données dans ce formulaire vont demeurer confidentielles

LES FORMULAIRES DÛMENT REMPLIS DOIVENT ÊTRE SOUMIS À RINGUETTE CANADA

ringuette@ringuette.ca

«Il vaut mieux manquer une partie que toute la saison»

- U.S. Department of Health and Human Services Centres for Disease Control and Prevention. Version 1 - Automne 2016