



## 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
Club / Ligue :			Âge :
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](mailto: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