



# 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

eur

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) :

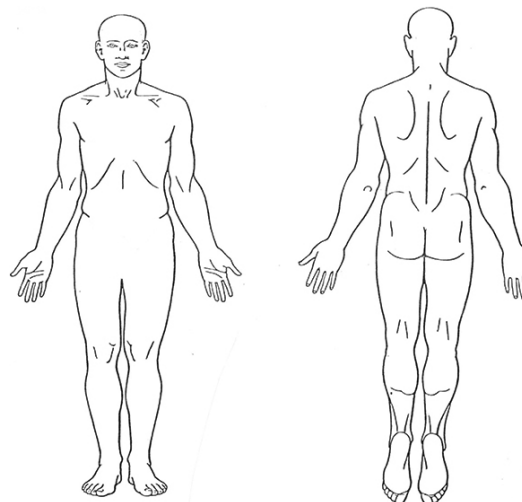
### Caractéristiques de sécurité des obstacles

Cuillères de sécurité :     OUI     NON     S. O.  
Structure déformable :     OUI     NON     S. O.  
Culbute :     OUI     NON     S. O.

### 6. Brève description de l'accident et symptômes

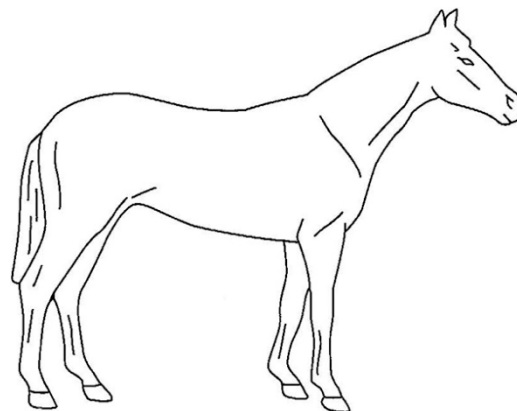
### 7. Nature des blessures de la personne

Commentaires :



### 8. Nature des blessures du cheval

Commentaires :



### 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 TÉLÉCOPIEUR (1-888-713-3315) OU PAR COURRIEL ([competitions@equestrian.ca](mailto:competitions@equestrian.ca)) DANS LES 24 HEURES SUIVANT UNE DES SITUATIONS MENTIONNÉES CI-DESSOUS PUIS APPELEZ LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE D'URGENCE (1-613-287-1515 POSTE 199)**

- 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.