



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) :

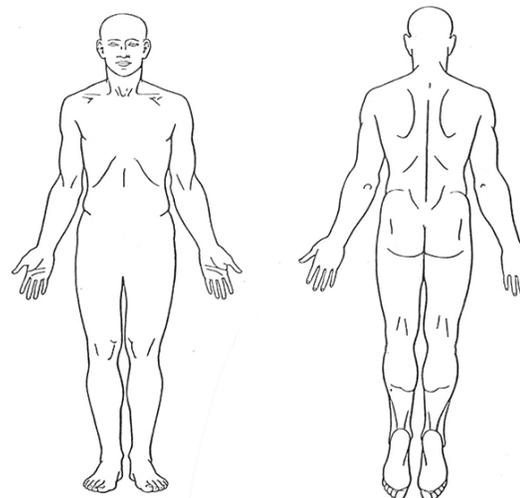
Caractéristiques de sécurité des obstacles

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

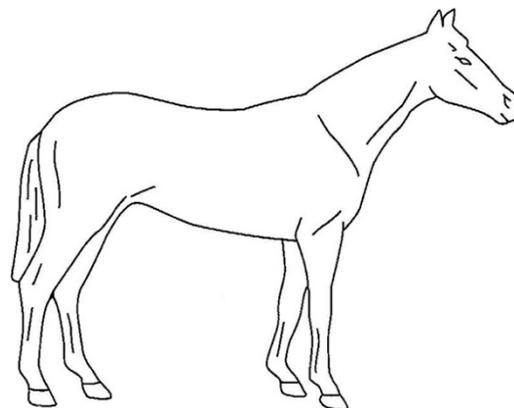
7. Nature des blessures de la personne

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) 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.