



## RAPPORT D'ACCIDENT ET DE BLESSURES

### 1. Renseignements généraux:

Nom de l'écurie: \_\_\_\_\_

Date (j/m/a): \_\_\_\_\_

Propriétaire de l'écurie: \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_

Personne responsable (gérant/entraîneur): \_\_\_\_\_

Tél: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Heure de l'accident: \_\_\_\_\_

### 2. Décrire qui a subit des blessures: Humain Cheval Les deux

Cochez:  Cavalier/Meneur/Voltigeur  Entraîneur/Instructeur  Palefrenier  Spectateur  Officiel  Bénévole  Autre: \_\_\_\_\_

Nom de la personne ayant subit une blessure: \_\_\_\_\_

Date de naissance (j/m/a): \_\_\_\_\_

Sexe:  Homme  Femme

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Tél (rés) : \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Nom du cheval: \_\_\_\_\_

Âge du cheval : \_\_\_\_\_

Nom du propriétaire du cheval: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

### 3. Lieu de l'incident: Indiquez un choix:

- Aire de stationnement  Manège extérieur  Manège intérieur  Dans l'écurie  Dans le paddock  Randonnée  
 Concours  Aire d'échauffement  Parcours de cross-country  Autre: \_\_\_\_\_

### 4. Brève description de l'accident:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Nature de la blessure subie par une personne:

Blessure apparente (Décrire):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

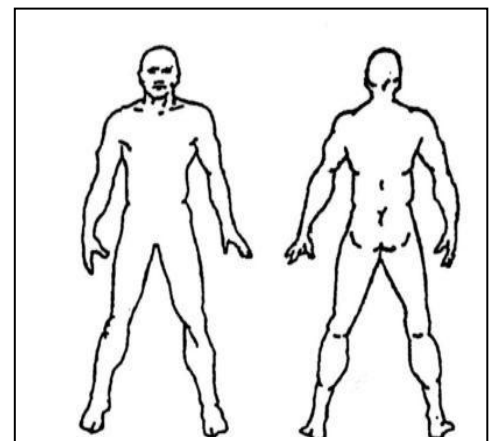
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**6. Nature de la blessure subie par un cheval:**

---

---

---

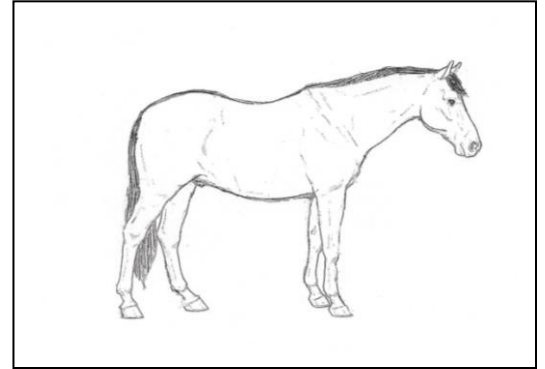
---

---

---

---

---



Dans le cas d'un accident impliquant un cheval, inscrivez une courte déclaration du vétérinaire traitant:

---

---

---

---

**Traitement:**  Sur place  Transporté  Aucun  Refusé

Traité par:  Services d'urgence/ ambulancier  Médecin  Vétérinaire  Entraîneur/Instructeur  Officiel  Autre: \_\_\_\_\_

Nom(s) : \_\_\_\_\_

**7. Témoins de l'accident:**

Avez-vous été témoin de l'accident?  Oui  Non

Si non, qui vous a avisé de l'accident? Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

Veillez inclure un rapport de témoin, si disponible, ou une déclaration de la part du médecin traitant:

Nom	Adresse	Téléphone
1.		
2.		
3.		

8. Suivi: (si applicable, par exemple le rapport d'hôpital, une radiographie, ou le rapport de la clinique ou de l'hôpital vétérinaire):

---

---

---

---

Rapport rempli par: \_\_\_\_\_ Date (j/m/a): \_\_\_\_\_