



# FQSC

**FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES SPORTS CYCLISTES**4545, av. Pierre-De Coubertin, C.P. 1000, Succursale M  
Montréal (Québec) H1V 3R2 Tél.: (514) 252-3071 Fax: (514) 252-3165  
info@fqsc.net www.fqsc.net

## RAPPORT D'ACCIDENT

Nom, Prénom :					Âge :
Adresse de résidence					
Téléphone :	No. Licence	Moment de l'accident	Date :	Heure :	

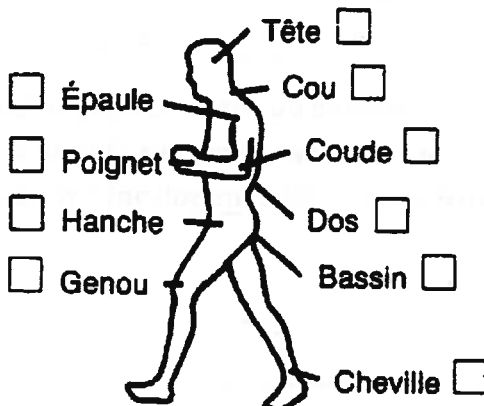
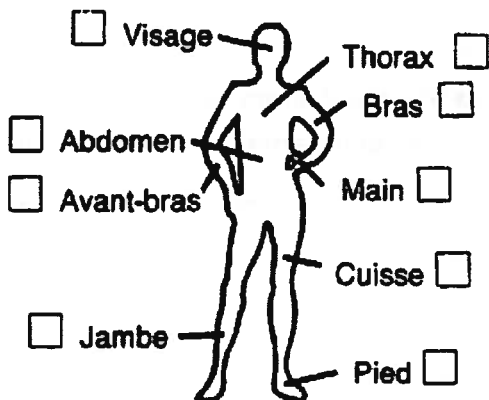
<b>Discipline :</b>	Vélo de Montagne <input type="checkbox"/>	Route <input type="checkbox"/>	Piste <input type="checkbox"/>	BMX <input type="checkbox"/>	Cyclocross <input type="checkbox"/>
<b>Niveau de pratique :</b>	Initiation <input type="checkbox"/>	Compétition <input type="checkbox"/>	Excellence <input type="checkbox"/>	Récréation <input type="checkbox"/>	

**Les informations au verso vous aideront à compléter le formulaire**

<b>Lieu de l'Accident</b>	<b>Croquis</b>
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
<b>Description de l'accident</b>	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	

### Description de la blessure

#### Localisation



- Nature**
- Commotion
  - Contusion
  - Coupure
  - Dislocation
  - Entorse

- Eraflure
- Fracture
- Inconnue
- Autre(spécifiez)

- Type**
- Nouveau traumatisme
  - Récidive
  - Aggravation d'une condition douloureuse préexistante

**Commentaire** \_\_\_\_\_

I M P O R T A N T

I M P O R T A N T

<b>Témoins (s) :</b>	<b>Personne qui a complété le rapport</b>		
<b>Premiers secours</b>	Nom :		
Premiers soins reçus : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fonction :		
Si oui, par :	Signature :		
Référé : Domicile <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/>	Date :	Tél. :	
L'état de la victime a-t-elle nécessité un transport ambulancier : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

