



FÉDÉRATION ÉQUESTRE DU QUÉBEC

## Rapport d'accident / Régie de compétitions

Ce rapport doit être complété chaque fois qu'il se produit un accident qui entraîne une blessure

### Identification du blessé

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_ Sexe:  Homme  Femme

### Activité

Discipline: \_\_\_\_\_ Situation:  Échauffement  Compétition

Calibre:  Débutant  Intermédiaire  Avancé

### Moment de l'accident

Date: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_

### Lieu de l'accident

Nom du lieu de compétition: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Précisez:  Manège intérieur  Manège extérieur  Écurie

### Croquis

Afin d'identifier le plus précisément le site de l'accident, il est recommandé de faire un croquis du site et d'indiquer l'endroit exact avec un X.

### Description de l'accident

Veillez inclure, dans cette section, toutes les informations susceptibles d'expliquer le mécanisme de l'accident en considérant la chronologie des événements. Indiquez le nombre de chevaux/cavaliers/meneurs présents et expliquez le contexte de l'accident. Indiquez l'état du terrain: sec, mouillé, sablonneux, argileux.

---

---

---

---

---

---

---

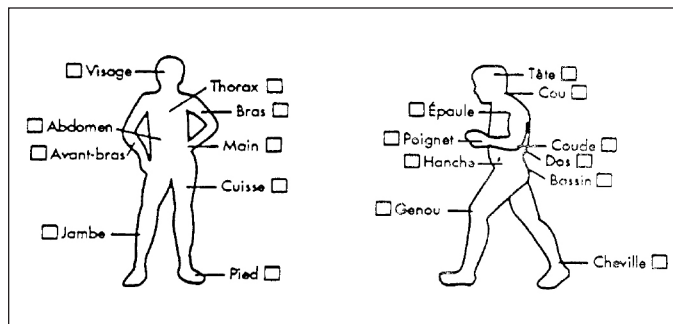
---

---

---

## Évaluation de la blessure

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Commotion               | <input type="checkbox"/> Éraflure |
| <input type="checkbox"/> Confusion               | <input type="checkbox"/> Fracture |
| <input type="checkbox"/> Coupure                 | <input type="checkbox"/> Inconnue |
| <input type="checkbox"/> Dislocation             | <input type="checkbox"/> Entorse  |
| <input type="checkbox"/> Autre, spécifiez: _____ |                                   |



## Type de la blessure

- |  |                                   |   |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nouveau traumatisme | <input type="checkbox"/> Récidive | <input type="checkbox"/> Aggravation d'une condition douloureuse préexistante |
|--|-----------------------------------|---|

Commentaires: \_\_\_\_\_

## Témoin

Il est recommandé d'identifier le principal témoin de l'accident, s'il y a lieu. S'il y a plus qu'un témoin, veuillez indiquer leur nom et numéro de téléphone ci-après:

Témoin: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

- |                                     |                                   |   |                                       |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entraîneur | <input type="checkbox"/> Officiel | <input type="checkbox"/> Accompagnateur | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|

Témoin: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

- |                                     |                                   |   |                                       |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entraîneur | <input type="checkbox"/> Officiel | <input type="checkbox"/> Accompagnateur | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|

## Premiers secours

Premiers soins reçus:  OUI  NON

Si oui, par qui: Nom: \_\_\_\_\_ Fonction: \_\_\_\_\_

Référé:  Domicile  Clinique médicale  Hôpital

Transport effectué par:  Ambulance  Taxi  Autre: \_\_\_\_\_

## Cheval

Nom: \_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_ Race: \_\_\_\_\_

- |                                    |                               |                                   |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Personnel | <input type="checkbox"/> Loué | <input type="checkbox"/> Emprunté |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Blessure ou maladie s'il y a lieu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Équipement utilisé par le cavalier ou le meneur

Description du harnachement: \_\_\_\_\_

Type de chaussures  avec talons  sans talons

Bombe certifiée:  OUI  NON

avec harnais  sans harnais

Autre équipement: \_\_\_\_\_

## Personne qui a complété le rapport

Nom: \_\_\_\_\_

Fonction: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Veuillez retourner ce formulaire à:



**Fédération équestre du Québec,**  
**4545, av. Pierre-De Coubertin, Montréal,**  
**Québec H1V 0B2**

Téléphone: **514 252-3053**, Sans frais: **1 866 575-0515**  
Télécopieur: **514 252-3068**