



Formulaire de rapport d'incident

Le formulaire ci-dessous doit être rempli lors de tout incident causant des blessures pendant une activité de club approuvée et pour tout autre incident (p. ex., altercation verbale) considéré comme une question d'assurance potentielle.

Rappels importants

En cas de blessure d'un membre, demandez les premiers soins et/ou une assistance médicale aussitôt que possible et respectez les protocoles d'intervention de votre organisation.

Appelez le 911.

N'essayez pas de prodiguer les premiers soins au-delà de votre formation.

Si possible, retirez le danger ou veillez à ce qu'il soit retiré immédiatement afin de prévenir d'autres incidents.

Si possible, bloquez ou segmentez la zone afin de protéger la personne blessée et les lieux à des fins de documentation.

N'admettez pas votre responsabilité et ne prenez aucun engagement envers la personne blessée ou les autres.

Notez le nom et l'adresse de tous les témoins aussitôt que possible.

Inspectez les lieux, tentez de déterminer et de documenter les éléments qui pourraient avoir contribué à l'incident.

Documentez les conditions au moment de l'incident (température, conditions de la neige, achalandage des pistes, entretien de la piste, tout élément inhabituel ou danger présent).

Ne discutez pas de l'incident avec quiconque en dehors de votre organisation, à l'exception des représentants désignés de notre assureur : Gallagher Insurance, 435 McNeilly Road, Suite 103, Stoney Creek, ON L8E 5E3, FAO Sports Administrator, téléphone 1-800-461-5087.

Consultez le plan d'action d'urgence de votre organisation. Veillez à ce qu'une seule personne soit désignée comme porte-parole de l'organisation (club, OPS, etc.). Seule cette personne est autorisée à parler au nom de l'organisation. Avisez tous vos collègues (entraîneurs, bénévoles, athlètes, etc.) qu'ils ne doivent pas parler de l'incident avec quiconque.

Remplissez le formulaire ci-joint avec des informations détaillées.

Envoyez le formulaire par courriel le plus rapidement possible à :

Gallagher Insurance, Sport Administrator, IBAM.StoneyCreek.Sports@ajg.com et info@nordiqcanada.ca en copie ET votre division.

Conserver une copie du rapport dans vos dossiers pendant au moins 7 ans.

Gallagher Insurance doit recevoir un avis de l'incident dans les 30 jours qui suivent et recevoir votre réclamation (le cas échéant) dans les 90 jours suivant l'incident.

Le formulaire ci-dessous doit être rempli pour tous les incidents entraînant des dommages corporels au cours des activités approuvées du club et pour d'autres incidents (par exemple, les altercations verbales) qui sont considérés comme un problème potentiel pour l'assurance.

INFORMATIONS SUR LE CLUB MEMBRE	
Club au sein duquel l'incident a eu lieu	
Adresse du club	
Personne-ressource du club présente au moment de l'incident	
Courriel et numéro de cellulaire de la personne-ressource	
Date de l'incident	
Heure de l'incident	
Lieu réel de l'incident (p. ex., nom de la piste, dans le stade, dans le stationnement)	

Nom de l'activité (p. ex., course, entraînement, nom du programme) lors de laquelle l'incident a eu lieu	
Décrivez en détail la façon dont l'incident s'est produit, incluant la ou les causes possibles. Au besoin, ajoutez une page contenant des diagrammes afin d'illustrer la façon dont l'incident s'est produit.	
Conditions météorologiques au moment de l'incident et condition de la piste (p. ex., glacée, raide, moyenne, plate)	
Nature de la blessure (veuillez saisir autant de détails que possible)	
Premiers soins apportés à la personne blessée	
La personne a-t-elle été transportée vers un hôpital? Si oui, veuillez spécifier l'hôpital et le médecin présent.	
PERSONNE BLESSÉE	
Nom complet de la personne blessée	
Date de naissance de la personne blessée	
Homme/femme/préfère ne pas le dire	
Adresse de la personne blessée	
Personne à contacter (parent ou tuteur légal) si la personne blessée est mineure	
Courriel et numéro de cellulaire de la personne à contacter	

Adresse de la personne à contacter	
Nom du médecin de la personne blessée	
Adresse du médecin de la personne blessée	
Bénéficiez-vous de prestations d'un autre régime d'assurance?	
Si oui, veuillez fournir le nom de l'assureur et le numéro de police	
Témoins (le cas échéant) Nom du témoin	
Adresse du témoin	
Courriel et numéro de cellulaire du témoin	
Nom du témoin 2	
Adresse du témoin 2	
Courriel et numéro de cellulaire du témoin 2	

Formulaire rempli par _____

Date _____

Signature _____