

## **SPECIAL INSTRUCTIONS FOR REPORTING INCIDENTS**

### ***Instructions spéciales pour la sauvegarde des rapports d'incidents***

Report all incidents promptly, regardless of how trivial they may seem.

Treat the injured person with courtesy and sympathy, but do not admit liability or make any commitments.

Do not attempt to render first aid above your trained ability. Seek medical assistance and make the injured person as comfortable as possible.

If the person is rendered unconscious, call the police or emergency hospital. If the person is conscious and the injury requires immediate medical attention, let the injured person name the doctor to be called. Never engage the service of a doctor without the consent of the injured person.

Get the names and addresses of all witnesses. Do this in a way that will not magnify the seriousness of the accident.

Inspect the place of the accident and the cause and conditions surrounding it. If possible, remove or have the cause removed immediately to prevent further accidents. Screen off or otherwise protect the area while clean-up is made. If there is no apparent reason for the accident, try to get the witnesses to inspect the scene.

Do not discuss the accident with anyone outside the company except representatives of Marsh Canada Limited after they have identified themselves. Co-operate with them in every possible manner. Caution any employees who may have witnessed the accident that that are likewise not to discuss it with outsiders.

\*\*\*\*\*

Vous devez rapporter tous les accidents sans délai, peu importe leur gravité.

Le blessé doit être traité avec courtoisie et compassion, mais vous ne devez engager à rien, ni admettre votre responsabilité.

Il ne faut pas essayer d'administrer les premiers soins, uniquement reconforter le blessé.

Si le blessé est inconscient, appeler la police ou l'ambulance. S'il est conscient et que des soins médicaux sont nécessaires, laissez le blessé choisir le médecin à prévenir. Ne pas avoir recours aux services d'un médecin sans le consentement de blessé.

Il est important de noter les noms et adresses de tous les témoins, mais il faut éviter d'utiliser une attitude qui pourrait amplifier la gravité de l'accident.

Vous devez inspecter les lieux et examiner les causes et les circonstances de l'accident. Au cas où d'autres accidents risqueraient de se produire, il faut tenter d'éliminer toute cause de danger. Vous devez baliser ou protéger l'accès de la zone de l'accident pendant qu'on la nettoie. Au cas où l'accident n'aurait pas de cause évidente, il peut être utile de demander aux témoins d'inspecter les lieux.





**CANADIAN ASSOCIATION**  
**SNOWSPORTS CANADIENNE**  
**ASSOCIATION DE SKI ET DE SURF DES NEIGES**

**MUST BE COMPLETED BY THE TD OR PERSON IN CHARGE**  
**DOIT ETRE COMPLÉTÉ PAR LE DT OU LA PERSONNE EN CHARGE**

---

<b>Insurance</b> <b>Assurance</b>	<b>Policy Holder</b> <b>Titulaire de police</b>	<b>CANADIAN SNOWSPORTS ASSOCIATION POLICY NO:</b> <b>No DE POLICE DE</b> <b>L'ASSOCIATION CANADIENNE DE SKI ET DE SURF DES NEIGES:</b>
--------------------------------------	--	--

---

<b>Location of Accident</b>	<b>SKI AREA</b> <b>STATION DE SKI</b>	_____
-----------------------------	--	-------

<b>Lieu de L'accident</b>	<b>OWNER OF PREMISES</b> <b>PROPRÉTAIRE DES LIEUX</b>	_____
---------------------------	--	-------

	<b>OCCUPANT IN CONTROL</b> <b>OCCUPANT EN CHARGE</b>	_____
--	---	-------

	<b>CONTACT PERSON</b> <b>NOM DE LA PERSONNE À</b> <b>CONTACTER</b>	_____
--	--	-------

**NAME/NOM**

\_\_\_\_\_  
**ADDRESS/ADRESSE**

\_\_\_\_\_  
**ADDRESS/ADRESSE**

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**TEL**

**DOES OCCUPANT LEASE DIRECT FROM OWNER OR ANOTHER (ATTACH COPY OF LEASE)? L'OCCUPANT D'ETIENT-IL SON BAIL DIRECTEMENT DU PROPRIÉTAIRE OU D'UNE TIERS PERSONNE (JOINDRE UNDE COPIE DU BAIL)?** \_\_\_\_\_

<b>Accident or Occurrence</b> <b>Accident ou Evénement</b>	<b>DATE</b> _____ / _____ / _____	<b>TIME</b> _____	<b>TRAIL</b> _____
	<b>DD</b> <b>MM</b> <b>YEAR</b>	<b>HEURE</b>	<b>PISTE</b>

<b>SKI CLUB</b> <b>CLUB DE SKI</b>	_____
---------------------------------------	-------

NAME OF THE COMPETITION OR  
TRAINING ACTIVITY \_\_\_\_\_  
NOM DE LA COMPÉTITION OU ENTRAÎNEMENT

NAME OF THE RACE CHAIRMAN OR  
PERSON IN CHARGE \_\_\_\_\_  
NOM DU DIRECTEUR DE L'ÉPREUVE OU DE LA PERSONNE RESPONSIBLE

\_\_\_\_\_  
ADDRESS/ADRESSE

\_\_\_\_\_  
ADDRESS/ADRESSE

( \_\_\_\_\_ )  
TEL.

DATE INSURANCE COMPANY NOTIFIED \_\_\_\_\_ BY WHOM/ \_\_\_\_\_  
PREMIER AVIS À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE AVISÉ PAR

Injured Person  
Personne Blessé

NAME/NOM \_\_\_\_\_ AGE \_\_\_\_\_ SEX/SEXE \_\_\_\_\_

ADDRESS/ADRESSE \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )  
TEL

STATUS: COMPETITOR \_\_\_\_\_ OFFICIAL \_\_\_\_\_ SPECTATOR \_\_\_\_\_  
COMPÉTITEUR OFFICIEL SPECTATEUR

CLUB/AFFILIATION \_\_\_\_\_ DIVISION \_\_\_\_\_

COUNTRY/PAYS \_\_\_\_\_

Nature of injury  
Description de la  
Blessure

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Description of  
Accident or  
Occurrence:  
Description de  
L'accident/événement:

---



---



---



---

Weather condition at  
time of accident:  
Conditions  
Météorologiques au  
moment de l'accident:

---



---



---



---

Probable cause of  
Accident:  
Raison probable de  
l'accident ou de  
l'événement:

---



---



---



---

First Aid Given:

NATURE OF TREATMENT/NATURE OF TRAITEMENT

MEDICATION GIVEN/MÉDICAMENTS DONNÉS

BY WHOM/ADMINISTRÉ PAR

HOSPITAL:  
HOPITAL:

NAME OF HOSPITAL/NOM DE L'HOPITAL

METHOD OF TRANSPORTATION/MÉTHODE DE TRANSPORT

Doctor in attendance/Médecin traitant:

Witness:  
Témoin:

NAME/NON

ADDRESS/ADRESSE

( )  
TEL.

**2<sup>nd</sup> Witness:**  
**Temoin:**

\_\_\_\_\_  
NAME/NON

\_\_\_\_\_  
ADDRESS/ADRESSE

( \_\_\_\_\_ )  
TEL.

**Report of the TD:**  
**Rapport de DT:**

\_\_\_\_\_  
NAME/NON

\_\_\_\_\_  
ADDRESS/ADRESSE

( \_\_\_\_\_ )  
TEL.

**Property Damage:**  
**Dommages Matériels**

\_\_\_\_\_  
OWNER/PROPRIÉTAIRE

\_\_\_\_\_  
ADDRESS/ADRESSE

\_\_\_\_\_  
DESCRIPTION OF PROPERTY/DESCRIPTION DES BIENS

\_\_\_\_\_  
ESTIMATED COST OF REPAIR OR REPLACEMENT/COUT ESTIMÉ DE LA RÉPARATION/REPLACEMENT

**Other Insurance:**  
**HOPITAL:**

\_\_\_\_\_  
INSURER/ASSURER

\_\_\_\_\_  
POLICY NO.

\_\_\_\_\_  
TYPE OF POLICY

**COMPLETE THIS FORM WHEN A MAJOR ACCIDENT OCCURS  
REMP LISSEZ CE FORMULAIRE POUR TOUT ACCIDENT GRAVE**

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><b>FULL COURSE/ PISTE COMPLÈTE</b></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>SHOW WHERE ACCIDENT HAPPENED / INDIQUEZ À QUEL ENDROIT A EU LIEU L'ACCIDENT</b></p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><b>SHOW HOW ACCIDENT HAPPENED/ INDIQUEZ DE QUELLE FAÇON L'ACCIDENT EST-IL SURVENU</b></p> </div> <p><b>INDIQUEZ OÙ SE TROUVENT LES PORTES</b></p>		
	<b>PROFILE / PROFIL</b>		
	<b>STEEP/ABRUPT</b>	<b>MEDIUM/MOYEN</b>	<b>FLAT/PLAT</b>
5			