

Identification du blessé		
Nom :	N° Affiliation:	
Adresse complète :		
Téléphone : ()	Date de naissance:	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom du club :		
Statut :	Gymnaste récréatif <input type="checkbox"/>	Gymnaste compétitif <input type="checkbox"/> Entraîneur <input type="checkbox"/>
Discipline :	GAF <input type="checkbox"/>	GAM <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> TR-TU <input type="checkbox"/>

Description de l'accident			
Sur quel équipement l'accident est-il survenu ?		Situation	
Sol <input type="checkbox"/>	Trampoline <input type="checkbox"/>	Barre fixe <input type="checkbox"/>	À l'entraînement <input type="checkbox"/>
Saut <input type="checkbox"/>	Tumbling <input type="checkbox"/>	Barres asymétriques <input type="checkbox"/>	En compétition <input type="checkbox"/>
Poutre <input type="checkbox"/>	Double-mini <input type="checkbox"/>	Barres Parallèles <input type="checkbox"/>	En spectacle <input type="checkbox"/>
Lieu :	Date :	Heure :	
Adresse :			
Description de l'accident :			
Nom de l'entraîneur responsable :			
Témoin :		Téléphone: ()	

Description de la blessure			
Localisation :	Pied <input type="checkbox"/>	Jambe <input type="checkbox"/>	Cuisse <input type="checkbox"/>
Dos <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/>	Thorax <input type="checkbox"/>	Bras <input type="checkbox"/>
Coude <input type="checkbox"/>	Avant-bras <input type="checkbox"/>	Main <input type="checkbox"/>	Visage <input type="checkbox"/>
Cou <input type="checkbox"/>	Cheville <input type="checkbox"/>	Genou <input type="checkbox"/>	Hanche <input type="checkbox"/>
Tête <input type="checkbox"/>	Épaule <input type="checkbox"/>	Poignet <input type="checkbox"/>	Bassin <input type="checkbox"/>
Autre (spécifiez) :			
Nature de la blessure :	Commotion <input type="checkbox"/>	Contusion <input type="checkbox"/>	Coupure <input type="checkbox"/>
Dislocation <input type="checkbox"/>	Entorse <input type="checkbox"/>	Fracture <input type="checkbox"/>	Éraflure <input type="checkbox"/>
Inconnue <input type="checkbox"/>	Autre (spécifiez) :		
Commentaires :			
Nouveau traumatisme <input type="checkbox"/> Récidive <input type="checkbox"/> Aggravation d'une condition douloureuse préexistante <input type="checkbox"/>			
Premiers soins reçus : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, par qui?			

Rapport complété par :	
Nom :	Téléphone: ()
Fonction :	Date :