



CLUB DE SOCCER LAPLAINE

6900 rue Guérin
Terrebonne, Qc J7M 1L9

RAPPORT D'INCIDENT

| | |
|---|--|
| Date de l'incident : | |
| Nom du joueur : | |
| Age du joueur : | |
| Lieu de l'incident : | |
| Localisation de la (des) blessure(s): | |
| Nature de la (des) blessure(s) : | |
| Cause probable de la (des) blessure(s) : | |
| Traitement(s) : | |
| Le joueur a-t-il été évacué: Si oui par qui: | <input type="checkbox"/> Parent / Tuteur <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| Autres renseignements pertinents : | |
| Nom : | Parent / Tuteur : _____ Entraîneur : _____ |
| Signature: | Parent / Tuteur: _____ Entraîneur: _____ |