



**SKI QUEBEC ALPIN
INCIDENT REPORT
RAPPORT DES INCIDENTS**

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

Insurance	Policy Holder:	SKI QUEBEC ALPIN	Policy No.:
Location of Accident	SKI AREA STATION DE SKI	_____	
Lieu de L'accident	OWNER OF PREMISES PROPRIÉTAIRE DES LIEUX	_____	
	OCCUPANT IN CONTROL OCCUPANT EN CHARGE	_____	
	CONTACT PERSON NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER	NAME/NOM _____	
		ADDRESS/ADRESSE _____	

		TEL. _____	

DOES OCCUPANT LEASE DIRECT FROM OWNER OR ANOTHER (ATTACH COPY OF LEASE)? L'OCCUPANT Détient-il SON BAIL DIRECTEMENT DU PROPRIÉTAIRE OU D'UNE TIERS PERSONNE (JOINDRE UNE COPIE DU BAIL)?

Accident or Occurrence Accident ou Événement	DATE	____ / ____ / ____	TIME	_____	TRAIL	_____
		D M Y	HEURE		PISTE	
	SKI CLUB CLUB DE SKI	_____				

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 RESPONSABLE _____

ADDRESS/ADRESSE

QUEBEC, CANADA

TEL.

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

Injured Person
Personne blessée

NAME/NOM _____ AGE _____ SEX/SEXE _____

ADDRESS/ADRESSE

TEL.

STATUS: COMPETITOR _____ OFFICIAL _____ SPECTATOR _____
COMPÉTITEUR OFFICIEL SPECTATEUR

CLUB/AFFILIATION _____ DIVISION _____

COUNTRY/PAYS CANADA

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 DU TRAITEMENT

MEDICATION GIVEN/MÉDICAMENTS DONNÉS

BY WHOM/ADMINISTRÉ PAR DR BRASSEUR

HOSPITAL

NAME OF HOSPITAL/NOM DE L'HOPITAL

HOPITAL

METHOD OF TRANSPORTATION/MÉTHODE DE TRANSPORT

Doctor in attendance/Médecin traitant

Witness

Temoin

NAME/NOM

ADDRESS/ADRESSE

TEL.



NAME/NOM

ADDRESS/ADRESSE

TEL.

Report of the TD

N/A

Rapport du DT

NAME/NOM

TITLE/TITRE

ADDRESS/ADRESSE

TEL.

Property Damage

N/A

Dommages Matériels

OWNER/PROPRIÉTAIRE

ADDRESS/ADRESSE

DESCRIPTION OF PROPERTY/DESCRIPTION DES BIENS

ESTIMATED COST OF REPAIR/REPLACEMENT – COUT ESTIMÉ DE LA RÉPARATION/REPLACEMENT

Other Insurances

N/A

INSURER/ASSURER

POLICY NO.

TYPE OF POLICY



**COMPLETE THIS FORM WHEN A MAJOR ACCIDENT OCCURS
A COMPLÉTER EN CAS D'ACCIDENT GRAVE**

<p>FULL COURSE/ PISTE COMPLETE</p> <p>SHOW WHERE ACCIDENT HAPPENED/INDIQUER AU ACCIDENT EU LIEU</p>	<p>SHOW HOW ACCIDENT HAPPENED INDIQUER COMMENT L'ACCIDENT EST SURVENU</p>		
	<p>SITUATE THE GATES/INDIQUER LE POSITIONNEMENT DES PORTES</p>		
	<p>PROFILE</p>		
	<p>STEEP/ABRUPT</p>	<p>MEDIUM/MOYEN</p>	<p>FLAT/PLAT</p>

Rapportez chaque incident au bureau mentionné ici-bas dans les plus brefs délais

Jaimie Diotte – Service aux membres
514-252-3089 # 3715 / Télécopieur : 514-252-5282 / jaimie@skiquebec.gc.ca
Ski Québec alpin / 4545 Pierre-De-Coubertin Montréal, (QC.) H1V 0B2
