



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

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

Responsable du Service aux membres
514-252-3089 # 3715 / Télécopieur : 514-252-5282 / sqa@skiquebec.qc.ca
Ski Québec alpin / 4545 Pierre-De-Coubertin Montréal, (QC.) H1V 0B2
