



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
