



RAPPORT DE BLESSURE

PAGE 1/2



Se reporter au bas de la page 1 ou 2 pour l'adresse postale.

Ce formulaire doit être rempli au complet sans quoi il sera retourné. Ce formulaire doit être rempli chaque fois qu'un joueur, un spectateur ou toute autre personne assistant à une activité de hockey sanctionnée subit une blessure.

LA DEMANDE DE RÈGLEMENT DOIT ÊTRE PRÉSENTÉE DANS LES 90 JOURS SUIVANT LA DATE DE L'ACCIDENT : ___/___/___

Jour Mois An

PARTICIPANT BLESSÉ : Joueur Officiel d'équipe Officiel du match Spectateur

Nom : _____ Date de naissance : ___/___/___ Sexe : M F
Jour Mois An

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____ Tél. : (____) _____

Parent / Tuteur : _____ Courriel : _____

CATÉGORIE

- Initiation Novice Atome Pee-wee
- Bantam Midget Juvénile Junior

NIVEAU D'HABILITÉ

- AAA A BB CC DD Maison Junior mineur Récr. adulte
- AA B C D E Junior majeur Senior Autre _____

PARTIE DU CORPS BLESSÉE

Tête <input type="checkbox"/> Région des yeux <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Dents	Dos <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/> Haut	Tronc <input type="checkbox"/> Côtes <input type="checkbox"/> Poitrine <input type="checkbox"/> Abdomen
Bras <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Clavicule <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Main/Doigt <input type="checkbox"/> Avant-bras/Poignet <input type="checkbox"/> Coude	Jambe <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	Bassin <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Aine <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> Cuisse <input type="checkbox"/> Pied

NATURE DE LA BLESSURE

- Commotion Entorse Dislocation
- Lacération Foulure Séparation
- Fracture Contusion Blessure à un organe interne

SOINS SUR PLACE

- Soins sur place seulement A refusé les soins

Envoyé à l'hôpital en : Ambulance Automobile

CIRCONSTANCES ENTOURANT LA BLESSURE

Nom de l'aréna/endroit : _____

- Hors-concours/Saison régulière
- Éliminatoires/Tournoi
- Entraînement
- Essai
- Autre
- Échauffement
- 1^{re} période
- 2^e période
- 3^e période
- Prolongation : _____
- Entraînement hors glace
- Apparition graduelle
- Autre sport
- Autre : _____

RAISON DE LA BLESSURE

- Frappé par une rondelle
- Collision contre la bande
- Blessure sans contact
- Frappé par un bâton
- Collision au centre de la glace
- Collision avec un adversaire
- Chute sur la glace
- Mise en échec par-derrière
- Collision avec le filet
- Bataille
- Coup sournois

Est-ce que le joueur blessé évoluait dans une ligue et une catégorie appropriées à son groupe d'âge?

Oui Non

L'activité était-elle sanctionnée par Hockey Canada?

Oui Non

ENDROIT

- Zone défensive Zone offensive Zone neutre
- Derrière le filet 1 m de la bande Aire des spectateurs
- Stationnement Vestiaire Banc
- Autre : _____

ÉQUIPEMENT PORTÉ LORS DE LA BLESSURE

- Protecteur facial complet
- Protecteur buccal
- Demi-protecteur facial/visière
- Protège-cou
- Casque sans protecteur facial
- Sans casque ni protecteur facial
- Gants courts
- Gants longs

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Est-ce que le joueur a déjà subi cette blessure? Oui Non

Si « OUI », il y a combien de temps? _____

Est-ce qu'une punition a été imposée à la suite de l'incident? Oui Non

Absence prévue du hockey?

- 1 semaine 1-3 semaines
- + 3 semaines

DÉCRIRE LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

(annexer une feuille au besoin)

J'autorise, par la présente, tout endroit préférant des soins médicaux, médecin, dentiste ou toute autre personne m'ayant soigné ou examiné, à fournir à Hockey Canada tous les renseignements relatifs à toute maladie ou blessure, tout antécédent médical, toute consultation, ordonnance ou tout traitement ainsi que des copies de tout rapport du dentiste, de l'hôpital ou du médecin. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation sera réputée aussi valable que l'original.

Signé : _____

(Parent ou tuteur si moins de 18 ans)

Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA LIGUE

(doit être rempli par le responsable de la ligue)

Ligue : _____

Nom de l'équipe : _____

Responsable de la ligue : _____

Nom des installations : _____

Signature : _____

Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE-MALADIE

À REMPLIR AU COMPLET SANS QUOI LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE SERA RETARDÉ

Occupation : Employé à temps plein Employé à temps partiel
 Sans emploi Étudiant à temps plein Travailleur autonome

Employeur (s'il s'agit d'un mineur, indiquez l'employeur d'un parent) : _____

1. Êtes-vous couvert par un régime provincial d'assurance-maladie? Oui Non Province : _____

2. Êtes-vous couvert par une autre assurance? Oui Non
(Si « OUI », PRÉSENTEZ VOTRE DEMANDE DE RÈGLEMENT À VOTRE ASSUREUR DE PREMIÈRE LIGNE.)

3. Une demande de règlement a-t-elle été présentée? Oui Non
(Si « OUI », VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR LE SOMMAIRE DES PRESTATIONS DE VOTRE ASSUREUR DE PREMIÈRE LIGNE.)

Indemnité payable à : Personne blessée Équipe Autre : _____

IMPORTANT

- TOUTES LES DEMANDES DE RÈGLEMENT DOIVENT ÊTRE ACCOMPAGNÉES DES REÇUS ORIGINAUX

- EN CAS DE PERTE DE PRESTATIONS DE REVENU, VEUILLEZ FOURNIR :

- Un talon de chèque d'employé
- T4

- Lettre du médecin ou de l'employeur indiquant la période d'arrêt de travail

Veillez retourner le formulaire rempli à : Hockey Canada
801, avenue King Edward, Bureau N204
Ottawa, ON K1N 6N5

NOTE : Une période de 6 à 8 semaines est nécessaire pour le traitement des demandes de règlement.



RAPPORT DE BLESSURE

PAGE 2/2



DÉCLARATION DU MÉDECIN

Médecin : _____ Adresse : _____ Tél. : (____) _____

Nom de l'hôpital/de la clinique : _____ Adresse : _____

Nature de la blessure : _____ Date de la première consultation : _____

_____ Le demandeur souffrira d'une incapacité totale :

_____ du : _____ au : _____

_____ La blessure est-elle permanente et incurable? Non Oui

Donnez les détails de la blessure (gravité) : _____

Pronostic de rétablissement : _____

Est-ce qu'une maladie ou blessure préexistante a contribué à la blessure actuelle? Non Oui (décrire): _____

Le demandeur a-t-il été hospitalisé? Non Oui (indiquer le nom et l'adresse de l'hôpital ainsi que la date de l'admission): _____

Nom et adresse d'autres médecins ou chirurgiens traitants, le cas échéant : _____

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts, autant que je sache.

Signé : _____ Date : _____

DÉCLARATION DU DENTISTE

N° UNIQUE SPEC. N° DE DOSSIER DU PATIENT

Le traitement doit être complété dans les 52 semaines suivant l'accident.

Patient		
Nom	Prénom	
Adresse		
Ville	Province	Code Postal

Dentiste

JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT ET JE CONSENS À CE QU'ELLES LUI SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT.

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR

RÉSERVÉ AU DENTISTE - POUR RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, LE DIAGNOSTIC, LES PROCÉDURES OU AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

DUPLICATA

JE RECONNAIS QUE LES FRAIS INDIQUÉS SUR CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT POURRAIENT NE PAS ÊTRE COUVERTS PAR LE RÉGIME AUQUEL JE PARTICIPE OU QU'ILS POURRAIENT N'ÊTRE COUVERTS QU'EN PARTIE. IL M'INCOMBE DONC DE VOIR À CE QUE LE DENTISTE SOIT RÉMUNÉRÉ POUR TOUS LES SOINS RENDUS.

JE RECONNAIS QUE LE TOTAL DES HONORAIRES S'ÉLÈVE À _____ \$, QUE CE MONTANT EST EXACT ET QU'IL M'A ÉTÉ FACTURÉ POUR LES SOINS REÇUS.

JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE DE RÈGLEMENT SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR OU À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.

SIGNATURE DU (PATIENT/TUTEUR)

VÉRIFICATION DU CABINET

DATE DU TRAITEMENT JOUR/MOIS/AN	CODE DE L'ACTE	CODE INT. DE LA DENT	SURFACES DE LA DENT	HONORAIRES DU DENTISTE	FRAIS DE LABO	TOTAL DES FRAIS

Veuillez retourner le formulaire rempli à : Hockey Canada
801, avenue King Edward, Bureau N204
Ottawa, ON K1N 6N5

NOTE : Une période de 6 à 8 semaines est nécessaire pour le traitement des demandes de règlement.