



RAPPORT DE BLESSURE DE HOCKEY CANADA

PAGE 1/2



Se reporter au verso 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. 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 : _____ Adresse courriel : _____

CATÉGORIE

Initiation Novice Atome Pee-wee
Bantam Midget Juvénile Junior

CLASSE

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"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Poitrine
Bras : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Main/Doigt <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Avant-bras/Poignet <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Clavicule	Jambe : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Autre	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 Lacération Fracture
 Entorse Foulure Contusion
 Dislocation Séparation 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 2^e période
 Éliminatoires/Tournoi 3^e période
 Entraînement Prolongation : _____
 Essai Entraînement hors glace
 Autre Apparition graduelle
 Échauffement Autre sport
 1^{re} période 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 surnois

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 ou ayant soigné ou examiné mon enfant, 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 L'ÉQUIPE

(doit être rempli par un officiel de l'équipe)

Association : _____

Nom de l'équipe : _____

Officiel de l'équipe (en caractères d'imprimerie) : _____

Poste de l'officiel de l'équipe : _____

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

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 Parent Équipe Autre : _____

APPROBATION de la division



RAPPORT DE BLESSURE DE HOCKEY CANADA

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

Couverture maximale : 1 250 \$ par dent, 2 500 \$ par accident
Le traitement doit être complété dans les 52 semaines suivant l'accident.

N^o UNIQUE SPEC. N^o DE DOSSIER DU PATIENT

Patient		
Nom	Prénom	
Adresse		
Ville	Province	Code Postal

Dentiste

N ^o DE TÉL. _____

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 TOUTS 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

LA PRÉSENTE EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SOINS RENDUS ET DES HONORAIRES DEMANDÉS S.E.O. TOTAL DES HONORAIRES PRÉSENTÉS

REMARQUE : Toute indemnité est assujettie au paiement de la prime, aux dispositions du contrat et aux événements sanctionnés par Hockey Canada.