



Rapport d'accident

Ce formulaire doit être complété et signé par l'entraîneur ou le responsable d'équipe pour rapporter un accident avant, pendant ou après un match des ligues régionales (**LRSO ou LSSO**) tel que :

- ✓ Blessure grave d'un joueur
- ✓ Coup reçu à la tête et dont le joueur présente des symptômes reliés à une commotion cérébrale.

Le document doit être soumis par courriel électronique à l'adresse courriels à competitions@socceroutaouais.ca dans un délai maximal de trente (30) jours après l'accident.

Si vous désirez réclamer à l'assurance accident de la Fédération du soccer du Québec (FSQ), vous devez soumettre le document de réclamation SSQ 2. Veuillez prendre note que vous devez faire l'ouverture de votre dossier dans les 30 jours suivant la date de l'accident (même si n'avez pas terminé vos traitements). Ledit document doit être également soumis à Soccer Outaouais.

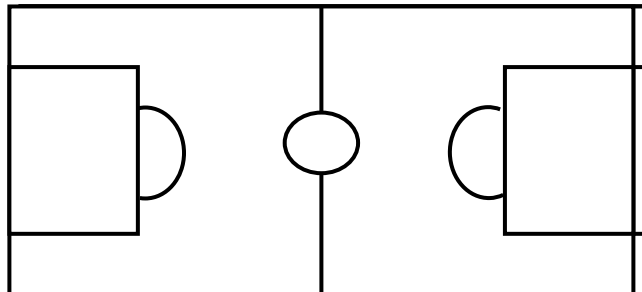
Informations sur le joueur	
Nom du joueur :	
No de passeport :	
Date de naissance :	
Équipe :	
Club :	
Catégorie :	

Informations sur l'accident	
Date de l'accident :	
Terrain :	
Ville :	
Ligue :	
No de la partie :	
Le moment de l'accident* :	

*Avant pendant ou après la partie. Si l'accident a eu lieu pendant la partie, inscrire 1^{ère} ou 2^e demie.

Description de l'accident

Veillez rédiger une description des événements et de représenter l'endroit où l'accident a eu lieu (Décrire notamment ce qui a mené vers l'accident et les symptômes suite au coup.)



Date :

Signature :