



# RAPPORT DE BLESSURE DE HOCKEY CANADA



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

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

## 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  
 Éliminatoires/Tournoi  
 Entraînement  
 Essai  
 Autre  
 Échauffement  
 1<sup>re</sup> période

2<sup>e</sup> période  
 3<sup>e</sup> 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 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

du membre



# RAPPORT DE BLESSURE DE HOCKEY CANADA



Nom du participant blessé : \_\_\_\_\_

## 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, 3 000 \$ par accident  
Le traitement doit être complété dans les 52 semaines suivant l'accident.  
(À compter du 1<sup>er</sup> septembre 2018)

N° UNIQUE SPEC. N° DE DOSSIER DU PATIENT

**Patient**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

**Dentiste**

\_\_\_\_\_

N° DE TÉL. \_\_\_\_\_

JE CÈDE AU DENTISTE NOMMÉ DANS LA PRÉSENTE LES INDEMNITÉS PAYABLES EN VERTU DE CETTE DEMANDE DE RÉGLEMENT 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 RÉGLEMENT 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 RÉGLEMENT 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.

Veuillez retourner le formulaire rempli à : **RICHCRAFT SENSPLEX** 201-813 Shefford Road Tél. : (613) 224-7686 www.hockeyeasternontario.ca  
**HEO** Ottawa, ON K1J 8H9 Téléc. : (613) 224-6079 info@hockeyeasternontario.ca