

SPECIAL INSTRUCTIONS FOR REPORTING INCIDENTS

Instructions spéciales pour la sauvegarde des rapports d'incidents

Report all incidents promptly, regardless of how trivial they may seem.

Treat the injured person with courtesy and sympathy, but do not admit liability or make any commitments.

Do not attempt to render first aid above your trained ability. Seek medical assistance and make the injured person as comfortable as possible.

If the person is rendered unconscious, call the police or emergency hospital. If the person is conscious and the injury requires immediate medical attention, let the injured person name the doctor to be called. Never engage the service of a doctor without the consent of the injured person.

Get the names and addresses of all witnesses. Do this in a way that will not magnify the seriousness of the accident.

Inspect the place of the accident and the cause and conditions surrounding it. If possible, remove or have the cause removed immediately to prevent further accidents. Screen off or otherwise protect the area while clean-up is made. If there is no apparent reason for the accident, try to get the witnesses to inspect the scene.

Do not discuss the accident with anyone outside the company except representatives of Jardine Lloyd Thompson after they have identified themselves. Co-operate with them in every possible manner. Caution any employees who may have witnessed the accident that that are likewise not to discuss it with outsiders.

Vous devez rapporter tous les accidents sans délai, peu importe leur gravité.

Le blessé doit être traité avec courtoisie et compassion, mais vous ne devez engager à rien, ni admettre votre responsabilité.

Il ne faut pas essayer d'administrer les premiers soins, uniquement réconforter le blessé.

Si le blessé est inconscient, appeler la police ou l'ambulance. S'il est conscient et que des soins médicaux sont nécessaires, laissez le blessé choisir le médecin à prévenir. Ne pas avoir recours aux services d'un médecin sans le consentement du blessé.

Il est important de noter les noms et adresses de tous les témoins, mais il faut éviter d'utiliser une attitude qui pourrait amplifier la gravité de l'accident.

Vous devez inspecter les lieux et examiner les causes et les circonstances de l'accident. Au cas où d'autres accidents risqueraient de se produire, il faut tenter d'éliminer toute cause de danger. Vous devez baliser ou protéger l'accès de la zone de l'accident pendant qu'on la nettoie. Au cas où l'accident n'aurait pas de cause évidente, il peut être utile de demander aux témoins d'inspecter les lieux.

Report completed by NAME/NOM _____

Rapport rempli par _____

SIGNATURE _____

DATE _____ / _____ / _____

DAY MONTH YEAR

When an accident occurs, get full details and enter them on this form. Use the completed form as the basis to report the accident by telephone immediately to Jardine Lloyd Thompson's office by giving them all the information. Make two copies, keep a copy on file for at least two years, send a copy to Canadian Snowsports Association, and send the original directly to the Jardine Lloyd Thompson office within 24 hours after the incident.

Lorsqu'un accident arrive, procurez-vous tout les details et complétez le formulaire. Utilisez les renseignements recueillis sur le formulaire afin de rapporter immédiatement, par telephone, l'accident au bureau de Jardine Lloyd Thompson. Faites deux copies du formulaire, gardez-en une en filiere, pour une période d'au moins deux ans et envoyez l'autre copie à Association Canadienne Sports d'Hiver et envoyez l'original directement au bureau de Jardine Lloyd Thompson et ce, dans les 24 heures après l'accident.

- Created October 2008, Latest Revision September 2019



MUST BE COMPLETED BY THE TD OR PERSON IN CHARGE
DOIT ETRE COMPLÉTÉ PAR LE DT OU LA PERSONNE EN CHARGE

Insurance Assurance	Policy Holder Titulaire de police	CANADIAN SNOWSPORTS ASSOCIATION POLICY NO: No DE POLICE DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE SKI ET DE SURF DES NEIGES:
------------------------	--------------------------------------	---

Location of Accident	SKI AREA STATION DE SKI	_____
----------------------	----------------------------	-------

Lieu de L'accident	OWNER OF PREMISES PROPRÉTAIRE DES LIEUX	_____
--------------------	--	-------

	OCCUPANT IN CONTROL OCCUPANT EN CHARGE	_____
--	---	-------

	CONTACT PERSON NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER	_____
--	---	-------

NAME/NOM

ADDRESS/ADRESSE

ADDRESS/ADRESSE

()

TEL

DOES OCCUPANT LEASE DIRECT FROM OWNER OR ANOTHER (ATTACH COPY OF LEASE)? L'OCCUPANT D'ETIENT-IL SON
 BAIL DIRECTEMENT DU PROPRIÉTAIRE OU D'UNE TIERS PERSONNE (JOINDRE UNDE COPIE DU BAIL)? _____

Accident or Occurrence Accident ou Événement	DATE	DD	/	MM	/	YEAR	TIME HEURE	TRAIL 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 RESPONSIBLE

ADDRESS/ADRESSE _____

ADDRESS/ADRESSE _____

() _____
TEL.

DATE INSURANCE COMPANY NOTIFIED _____
PREMIER AVIS À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

BY WHOM/ _____
AVISÉ PAR

Injured Person
Personne Blessée

NAME/NOM _____

AGE _____

SEX/SEXE _____

ADDRESS/ADRESSE _____

() _____
TEL

STATUS: COMPETITOR _____
COMPÉTITEUR

OFFICIAL _____
OFFICIEL

SPECTATOR _____
SPECTATEUR

CLUB/AFFILIATION _____

DIVISION _____

COUNTRY/PAYS _____

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 OF TRAITEMENT

MEDICATION GIVEN/MÉDICAMENTS DONNÉS

BY WHOM/ADMINISTRÉ PAR

HOSPITAL:
HOPITAL:

NAME OF HOSPITAL/NOM DE L'HOPITAL

METHOD OF TRANSPORTATION/MÉTHODE DE TRANSPORT

Doctor in attendance/Médecin traitant: _____

Witness:
Témoin:

NAME/NON

ADDRESS/ADRESSE

()
TEL.

2nd Witness:

Temoin:

NAME/NON

ADDRESS/ADRESSE

()

TEL.

Report of the TD:

Rapport de DT:

NAME/NON

ADDRESS/ADRESSE

()

TEL.

Property Damage:

Dommages Matériels

OWNER/PROPRIÉTAIRE

ADDRESS/ADRESSE

DESCRIPTION OF PROPERTY/DESCRIPTION DES BIENS

ESTIMATED COST OF REPAIR OR REPLACEMENT/COUT ESTIMÉ DE LA RÉPARATION/REPLACEMENT

Other Insurance:

HOPITAL:

INSURER/ASSURER

POLICY NO.

TYPE OF POLICY

COMPLETE THIS FORM WHEN A MAJOR ACCIDENT OCCURS **REMP LISSEZ CE FORMULAIRE POUR TOUT ACCIDENT GRAVE**

FULL COURSE/ PISTE COMPLÈTE SHOW WHERE ACCIDENT HAPPENED / INDIQUEZ À QUEL ENDROIT A EU LIEU L'ACCIDENT	SHOW HOW ACCIDENT HAPPENED/ INDIQUEZ DE QUELLE FAÇON L'ACCIDENT EST-IL SURVENU INDIQUEZ OÙ SE TROUVENT LES PORTES		
	PROFILE / PROFIL		
	STEEP/ABRUPT	MEDIUM/MOYEN	FLAT/PLAT
5			