



**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 Evénement

DATE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_ TRAIL \_\_\_\_\_  
DD MM YEAR HEURE 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 \_\_\_\_\_ BY WHOM/ \_\_\_\_\_  
PREMIER AVIS À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE AVISÉ PAR

Injured Person  
Personne Blessé

NAME/NOM \_\_\_\_\_ AGE \_\_\_\_\_ SEX/SEXE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ADDRESS/ADRESSE

( ) \_\_\_\_\_  
TEL

STATUS: COMPETITOR \_\_\_\_\_ OFFICIAL \_\_\_\_\_ SPECTATOR \_\_\_\_\_  
COMPÉTITEUR OFFICIEL 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:  
Temoin:

---

NAME/NON

---

ADDRESS/ADRESSE

---

( )

---

TEL.

2<sup>nd</sup> 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  
REPLISSEZ 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**