



Plan d'action d'urgence

Veillez joindre les renseignements médicaux et touchant les allergies ainsi que les coordonnées en cas d'urgence pour les membres de l'équipe et le personnel entraîneur.

Numéros en cas d'urgence :	9-1-1 (si disponible dans votre communauté)	
Renseignements sur l'entraîneur(e) :	Entraîneur(e)-chef : _____ Cell. : _____	Entraîneur(e) adjoint(e) : _____ Cell. : _____
Installations à domicile :	Tél. : _____ Adresse : _____ _____ Intersection importante la plus proche : _____	Carte :
Hôpital le plus proche :	Tél. : _____ Adresse : _____	Carte :
Personne(s) responsable(s) des décisions sur place <input type="checkbox"/> Éliminer les risques d'aggravation de la blessure en sécurisant les lieux et en plaçant la personne blessée à l'abri <input type="checkbox"/> Désigner une personne responsable des autres participant(e)s <input type="checkbox"/> Se protéger (porter des gants en cas de contact avec des liquides organiques, comme du sang) <input type="checkbox"/> Assurer les premières mesures d'intervention (vérifier si les voies respiratoires de la personne blessée sont libres et si elle respire, prise du pouls et vérifier s'il y a une hémorragie grave) <input type="checkbox"/> Attendre aux côtés de la personne blessée jusqu'à l'arrivée des secours et jusqu'à ce qu'elle soit transportée <input type="checkbox"/> Remplir un rapport d'accident	Option 1 : _____ Option 2 : _____ Option 3 : _____	
Personne(s) responsable(s) des appels sur place <input type="checkbox"/> Appeler des secours <input type="checkbox"/> Fournir toutes les informations nécessaires à l'envoi des secours (p. ex., adresse de l'installation, nature de la blessure, quels ont été les premiers soins, le cas échéant) <input type="checkbox"/> S'assurer que l'entrée et la voie d'accès sont dégagées avant l'arrivée de l'ambulance <input type="checkbox"/> Attendre à l'entrée de l'installation pour orienter l'ambulance à son arrivée <input type="checkbox"/> Communiquer avec les personnes à joindre en cas d'urgence qui figurent sur la fiche médicale de la personne blessée	Option 1 : _____ Option 2 : _____ Option 3 : _____	