



## Station

|       |         |  |             |
|-------|---------|--|-------------|
| Nom   | Adresse |  |             |
| Ville |         |  | Code postal |

## Appareil

|                                       |   |   |   |
|---------------------------------------|---|---|---|
| Télécabine <input type="checkbox"/>   | Télesiège : Double <input type="checkbox"/> | Téléski : Simple <input type="checkbox"/> | Types de pinces : Fixe <input type="checkbox"/> |
| Fil neige <input type="checkbox"/>    | Triple <input type="checkbox"/>             | Double <input type="checkbox"/>           | Débrayable <input type="checkbox"/>             |
| Remonte-tube <input type="checkbox"/> | Quadruple <input type="checkbox"/>          | N° de matricule : <b>R</b>                |   |
| Convoyeur <input type="checkbox"/>    |   |   |   |

## Accident

|      |       |   |   |           |
|------|-------|---|---|-----------|
| Date | Heure | <b>Endroit :</b> Embarcadère <input type="checkbox"/> Débarcadère <input type="checkbox"/>                          | <b>Piste :</b> Ascension <input type="checkbox"/> Descente <input type="checkbox"/> | Pylône n° |
|      |       | <b>Usager :</b> Skieur <input type="checkbox"/> Planchiste <input type="checkbox"/> Piéton <input type="checkbox"/> |   |           |

Description de l'accident

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Victimes

|  |         |  |                                  |
|--|---------|--|----------------------------------|
| Nom  | Adresse |  |                                  |
|  | Âge     | Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> | Féminin <input type="checkbox"/> |
| Nom  | Adresse |  |                                  |
|  | Âge     | Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> | Féminin <input type="checkbox"/> |
| Nom  | Adresse |  |                                  |
|  | Âge     | Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> | Féminin <input type="checkbox"/> |
| Traité :    Sur place <input type="checkbox"/> En clinique <input type="checkbox"/> À l'hôpital <input type="checkbox"/> |         |  |                                  |

Brève description des blessures

---



---



---



---

## Témoins

|     |                 |             |  |
|-----|-----------------|-------------|--|
| Nom | Adresse         |             |  |
|     | N° de téléphone | Code postal |  |
| Nom | Adresse         |             |  |
|     | N° de téléphone | Code postal |  |
| Nom | Adresse         |             |  |
|     | N° de téléphone | Code postal |  |

## Personnel en poste lors de l'événement

|   |     |                 |  |
|---|-----|-----------------|--|
| <b>Préposé à l'embarcadère</b>            | Nom | Adresse         |  |
|   |     | N° de téléphone |  |
| <b>Préposé au débarcadère</b>             | Nom | Adresse         |  |
|   |     | N° de téléphone |  |
| <b>Opérateur de la remontée mécanique</b> | Nom | Adresse         |  |
|   |     | N° de téléphone |  |

Veillez, dans les plus brefs délais, déclarer cet accident par téléphone ou par télécopieur et transmettre cette déclaration à :

**Direction des relations avec la clientèle (DRC)**  
 545, boul. Crémazie Est, 4<sup>e</sup> étage  
 Montréal (Québec) H2M 2V2  
  
**Téléphones : 514 873-0976 / 1 800 361-0761**  
**Télécopieurs : 514 864-2903**  
**1 866 315-0106**

|                                      |             |      |
|--------------------------------------|-------------|------|
| Signature de la personne responsable |             |      |
| Nom (en lettres moulées)             |             |      |
| Fonction de cette personne           |             |      |
| Téléphone                            | Télécopieur | Date |