



RAPPORT À L'ACPS A.I.D

**VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT
FORMULAIRE SERA RETOURNÉ SI CE N'EST REMPLI EN ENTIER
ET PEUT CAUSER DES RETARDS OU LE REFUS DE TOUTE CRÉANCE FUTURE.**

Survenu le:

Un **Accident** sera considéré comme tout incident survenant en parachutisme provoquant des blessures nécessitant des soins médicaux.

Un **Incident** sera considéré comme tout événement qui aurait pu entraîner des blessures ou la mort.

Une **Défaillance** sera considérée comme toute opération anormale du système de parachutes qui nécessite le recours aux procédures d'urgence.

EMPLACEMENT

CENTRE DE PARACHUTISME:

NOM D'INSTRUCTEUR (le cas échéant):

STATISTIQUES

les informations sont uniquement destinées au sauteur, à l'étudiant ou au passager.

NAME:	Sorte:	AGE:	GENRE:
NO. DE L'ACPS:	POIDS:	GRANDEUR:	NOMBRE DE SAUTS:
DATE DE L'ENTRAÎNEMENT:	DATE DU SAUT PRÉCÉDENT:	EXPÉRIENCE:	
MÉTHOD DE SORTIE:	EMPLACEMENT DE L'ACTIVATION DE PRINCIPAL:	LIBÉRATION DE VOILURE:	
PERIODE JOUR:	VENTS KNTS:	METEO:	
GENRE D'AVION:	VITESSE DE SORTIE:	ALTITUDE:	

EQUIPMENT

FABRICANT DU SAC:

VOILURE PRINCIPALE:	FABRICANT:	MODÈLE:	DIMENSIONS:
RÉSERVE:	FABRICANT:	MODÈLE:	DIMENSIONS:

MÉTHODE DE LIBÉRATION DE VOILURE:

EXPERIENCE AVEC L'ÉQUIPEMENT: OUI NON No. SAUTS: SOA: OUI NON

DDA:

ACCÉSOIRES-CLIQUEZ SUR TOUT CE QUI S'APPLIQUE

BOTTES	ESPADRILLES	SANDALES	CASQUE ALTIMETRE	COMBINAISON	AILE COMBINAISON
LUNETTES	COUTEAU	ALTIMETRE	AUDIBLE	GANTS	RADIO

AUTRE

DESCRIPTIONS DES ACCIDENTS/INCIDENTS/DÉFAILLANCES:

Indiquer le genre et l'endroit sur le corps, des blessures subies et le déroulement des événements ayant cause du A.I.D.

S.V.P. ÉCRIRE LISIBLEMENT

ÉCRIT PAR:

Signature:

ÉTUDIÉE PAR:

Signature:

RECOMMANDATION PAR L'AGENT SÉCURITÉ:

NOM:

Signature:

**** TOUTES LES DÉCLARATIONS DE TÉMOINS DOIVENT ÊTRE INCLUSES DANS LES VERSEMENTS DE LA RAPPORT A.I.D.**

Retourner à: ACPS 204-1468 Laurier, Rockland, Ontario, K4K 1C7 AU aid@acps.ca OR fax: 613-916-6008