

Fiche de signalement et d'enquête d'accident¹ ou incident² grave

A remplir par l'exploitant de l'établissement pour tout accident ou incident grave survenu au sein de l'établissement³ et à envoyer dans les 48 heures au service départemental de l'Etat chargé des sports (DDCS/DDCSPP) du lieu de l'accident/incident.

Cadre réservé à l'exploitant de l'établissement

Fiche remplie le __ / __ / ____ N° département |__|__|__|
 Nom de la personne effectuant le signalement
 Fonction
 Téléphone _ _ _ _ _ Courriel.

Cadre réservé à l'administration (DDCS/DDCSPP)

Fiche reçue le __ / __ / ____ N° département |__|__|__|
 Nom de la personne chargée de l'enquête Fonction
 Téléphone _ _ _ _ _ Courriel.

1 - Renseignements relatifs à l'établissement

Identifiant (réservé au ministère) :

Nom de l'établissement

N° SIRET |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Association loi 1901 Autre Précisez

Adresse

Code postal |__|__|__|__|__|__| Commune :

Téléphone fixe _ _ _ _ _ Portable _ _ _ _ _ Courriel :

Site internet

Discipline(s) sportive(s) pratiquée(s) au sein de l'établissement

Affiliation à une fédération : Non Oui Si oui, précisez :

2 - Renseignements relatifs à l'exploitant

Nom et prénom(s) :

Date de naissance |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Commune de naissance :

Arrondissement (pour Paris, Lyon, Marseille) : Code postal |__|__|__|__|

Adresse personnelle :

Code postal |__|__|__|__|__|__| Commune :

Tél :

Courriel :

¹ Accident grave : accident présentant ou ayant présenté des risques graves pour la santé du pratiquant (accident mortel ; accident comportant des risques de suites mortelles ; accident dont les séquelles peuvent laisser craindre une invalidité totale ou partielle...)

² Incident grave : Toute situation présentant ou ayant présenté des risques graves par leur probabilité et leurs conséquences éventuelles pour la santé et la sécurité physique ou morale des pratiquants

³ Article R.322-6 du code du sport

4 - Renseignements relatifs à la victime⁴**Identifiant (réservé au ministère) :**Sexe : Masculin Féminin

Année de naissance |__|__|__|__|

Nationalité.....

Département de résidence |__|__|

Statut de la victime au moment de l'accident : Pratiquant Encadrant Spectateur
Membre de l'EAPS Autre Licence sportive dans le sport pratiqué au moment de l'accident : Oui Non Inconnu

Catégorie du sportif (dans le sport pratiqué lors de l'accident) :

Amateur Débutant Haut niveau Professionnel Inconnu Autre Précisez

Fréquence de la pratique dans ce sport :

Aucune pratique Occasionnelle Moins d'une fois/mois Au moins 1 fois/mois Au moins 1 fois/semaine Plus de 2 fois/semaine Inconnu Certificat médical de non contre-indication : Oui Non Inconnu

Si oui : date du certificat (JJ/MM/AAAA) : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Questionnaire de santé rempli : Oui Non **5 – Bilan de l'accident/incident**Aucun dommage identifié Traumatisme Malaise Perte de connaissance Noyade Malaise cardiaque Décès Inconnu Autre Si autre, précisez

Localisation des blessures :

Tête Abdomen Membres supérieurs Cou Bassin Membres inférieurs Thorax Colonne vertébrale **Secours à la victime**Premiers soins donnés sur place avant l'arrivée des secours : Oui Non Inconnu

Si oui précisez lesquels.....

Premiers secours effectués par :

Victime elle-même SAMU / SMUR / Pompiers Entraîneur / encadrant Soignant / Médecin présent sur les lieux Spécialité et/ou qualificationAutre Précisez.....Usage d'un défibrillateur : Oui Non Inconnu Secours alertés : Oui Non Inconnu

Services de secours alertés :..... Heure (HH : MM) |__|__| : |__|__|

Heure d'arrivée des secours (HH : MM) : |__|__| : |__|__|

Etat de la victime au moment de l'arrivée des secours : Consciente Inconsciente Décédée

Éléments de gravité constatés :

Prise en charge de l'évacuation (Pompiers, SAMU, etc) :

Orientation (hôpital, clinique, poste de secours, morgue, etc.) :

⁴ Remplir autant de pages que de victimes concernées par l'accident/incident

Observations complémentaires / autres éléments

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cadre réservé à l'administration

Respect des obligations imposées aux établissements : Oui Non

Si non précisez : Défaut d'assurance : Oui Non

Educateur non déclaré : Oui Non

Défaut de respect des règles d'hygiène et de sécurité : Oui Non

Défaut de qualification : Oui Non

Si autre précisez :

Au cours des cinq dernières années, un accident a-t-il déjà eu lieu au sein de l'établissement ?

Oui Non *Si oui, circonstances similaires* : Oui Non

Joindre le relevé météorologique (Météo France) du jour de l'accident

Devenir de la victime

Guérison Séquelles Décès Inconnu

Si séquelles, lesquelles

Si décès, date (JJ/MM/AAAA) |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| Heure (HH : MM) |__|__| : |__|__|