

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 :

3 - Eléments relatifs à l'accident/incident

Activité(s) physique(s) et/ou sportive(s) pratiquée(s) lors de l'accident
Date (JJ/MM/AAAA) |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|_|_|_| Heure (HH : MM) |__|_|_| : |__|_|_|
Lieu de l'accident :
Code postal |__|_|_|_|_|_| Commune :
Installation sportive de plein air Installation sportive fermée
Milieu naturel non aménagé Milieu naturel aménagé
Circuit permanent Circuit temporaire Voie publique
Autre Précisez.....

Précisez les conditions météorologiques pour les activités en plein air :

Type de pratique au moment de la survenue de l'accident :

Loisir Entraînement Compétition Stage sportif Autre

L'activité était-elle encadrée par un éducateur sportif au moment de l'accident : Oui Non

Si Oui, l'éducateur est-il : Rémunéré Bénévole Inconnu

Informations relatives à l'encadrement (si encadrants rémunérés lors de l'accident) :

NOM, Prénom(s)	Diplômes	N° de carte professionnelle
1 -		
2 -		
3 -		
4 -		
5 -		

Facteurs ayant contribué à l'accident (plusieurs réponses possibles) :

Condition physique Implication d'un tiers Matériel non-conforme
Etat de santé Collision Défaillance du matériel
Malaise Coup Equipement inadapté
Fatigue Contact corps étrangers Lieu de pratique
Prise de risque Inconnu Conditions climatiques
Autres Précisez

Nombre de victime(s) : |__|_|_|_|

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 : Praticant 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 qualification.....

Autre 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

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) |__|__| : |__|__|