



## 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 victime<sup>4</sup>**

**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.) :.....

<sup>4</sup> 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) |\_\_|\_\_| : |\_\_|\_\_|