

# Fiche de signalement et d'enquête d'accident<sup>1</sup> ou incident<sup>2</sup> grave

A remplir par l'exploitant de l'établissement pour tout accident ou incident grave survenu au sein de l'établissement<sup>3</sup> 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 : .....

<sup>1</sup> 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...)

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> Article R.322-6 du code du sport



**4 - Renseignements relatifs à la victime<sup>4</sup>**

<i>Identifiant (réservé au ministère) :</i>
---

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 

Eléments 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

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) | | | | : | | | |