

Fiche de signalement obligatoire d'accident grave¹

A remplir par l'exploitant de l'établissement pour tout accident grave survenu au sein de l'établissement²
et à envoyer dans les 48 heures au service déconcentré chargé des sports du lieu où l'établissement est déclaré

Fiche remplie le ---- / ---- / ----- Envoyée au Département N° département |__|_|_|_|_|
Nom de la personne effectuant le signalement
Fonction
Téléphone --- - - - - -

Renseignements concernant l'établissement

Identifiant (réservé au ministère) :

Nom de l'établissement

N° de déclaration de l'établissement |__|_|_|_|_|_|_|_|_| **E** | **T** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
(délivré par le service déconcentré chargé des Sports lors de la déclaration)

Adresse complète
.....

Code postal |__|_|_|_| | | | | | | | | | | commune :

Nom de l'exploitant

Téléphone fixe --- - - - - - Portable --- - - - - - Mél :

Éléments relatifs à l'accident

Activité(s) physique(s) et/ou sportive(s) pratiquée(s) lors de l'accident

Date de l'accident (JJ/MM/AAAA) |__|_|_|_| / |__|_|_|_| / |__|_|_|_|_|_|_|_|_| Heure (HH :MM) |__|_|_|_| : |__|_|_|_|

Lieu de survenue de l'accident : Code postal |__|_|_|_| | | | | | | | | | | commune :

Nombre de victimes(s)³ en cause dans l'accident : |__|_|_|_|

Description des circonstances de l'accident

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 Réf. Article R.322-6 du code du sport

³ La rubrique concernant les renseignements relatifs à la (aux) victime(s) est au verso de cette fiche

Renseignements sur la victime⁴**Identifiant (réservé au ministère) :**Sexe : Masculin Féminin

Année de naissance |__|__|__|__| ou âge |__|__|__| ans

Nationalité

Bilan immédiat de l'accidentTraumatisme Perte de connaissance Décès Noyade Malaise Inconnu Autre Si autre précisez.....Secours à la victimePremiers secours donnés sur place Oui Non Inconnu Usage d'un défibrillateur semi-automatique : Oui Non Inconnu Secours alertés Oui Non Inconnu 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.) :

Observations complémentaires / autres éléments

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⁴ Remplir autant de verso que de victimes concernées par l'accident