

Fiche de signalement obligatoire d'accident grave¹

A remplir par l'exploitant de l'établissement pour tout accident survenu au sein de l'établissement et à renvoyer dans les 48 heures à la DDCS où l'établissement est déclaré²

Fiche remplie le _____

Envoyée à la DDCS / ____ / (Département)

Nom de la personne effectuant le signalement :

Fonction :

Téléphone : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Renseignements concernant l'établissement

Nom de l'établissement :

N° de déclaration de l'établissement | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

Adresse complète :

Code postal | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | Commune :

Nom de l'exploitant :

Téléphone fixe : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / Portable / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / Més :

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 :

Nombre de victime(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

<hr/> <hr/>

Renseignements sur la victime⁴Sexe : Masculin Féminin

Année de naissance : |_|_|_|_| ou âge |_|_|_| ans

Nationalité :

.....

Bilan immédiat de l'accidentTraumatisme Perte de connaissance Décès Inconnu 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

Eléments 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

.....
.....