Fiche de signalement et d'enquête d'accident[1] ou incident[2] grave

A remplir par l'exploitant de l'établissement pour tout accident ou incident grave survenu au sein de l'établissement [3] et à envoyer dans les 48 heures au service départemental de l'Etat chargé des sports (direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités - DDETS) 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 (DDETS)

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 : .....

[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] 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

[3] Article R.322-6 du code du sport

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) : |___|___|___|

Description précise des circonstances de l'accident

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

4 - Renseignements relatifs à la victime[4]

Identifiant (réservé au ministère) :

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Année de naissance |___|___|___|___|

Nationalité. .....

Département de résidence |___|___|

Statut de la victime au moment de l'accident : Pratiquant ☐ 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.) :…….

[4] 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) |___|___| : |___|___|