

Fiche de signalement et d'enquête d'accident¹ ou incident² grave dans un Etablissement d'activités physiques ou sportives (EAPS)

A remplir par l'exploitant de l'établissement pour tout accident ou incident grave survenu au sein de l'établissement³ 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 :

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

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 victime⁴

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

Éléments 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

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) |__|_|_| : |__|_|_|