ANNEXE I

Fiche de signalement obligatoire d'accident grave[1]

A remplir par l'exploitant de l'établissement pour tout accident grave survenu au sein de l'établissement[2] et à envoyer dans les 48 heures à la DDJS/DRDJS où l'établissement est déclaré

Fiche remplie le ------ / ------- / -------   Envoyée à la : DDJS ☐ DRDJS ☐   N° 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 -- -- -- -- --   Mél : ....

Eléments 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 victime[4]

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

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

Nationalité .....

Bilan immédiat de l'accident

Traumatisme ☐ Perte de connaissance ☐ Décès ☐

Inconnu ☐ Autre ☐ Si autre, précisez .....

.....

Secours à la victime

Premiers 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