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/DRJS 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