

# Fiche de signalement obligatoire d'accident grave<sup>1</sup>

A remplir par l'exploitant de l'établissement pour tout accident grave survenu au sein de l'établissement<sup>2</sup> et à envoyer dans les 48 heures au service déconcentré chargé des sports du lieu où l'établissement est déclaré

Fiche remplie le ---- / ---- / ---- Envoyée au Département  N° département |\_\_|\_\_|\_\_|  
Nom de la personne effectuant le signalement .....  
Fonction .....  
Téléphone --- --- ---

### Renseignements concernant l'établissement

#### **Identifiant (réservé au ministère) :**

Nom de l'établissement .....  
N° de déclaration de l'établissement |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **E | T** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
(délivré par le service déconcentré chargé des Sports lors de la déclaration)  
Adresse complète .....  
Code postal |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| commune : .....  
Nom de l'exploitant .....  
Téléphone fixe --- --- --- --- --- Portable --- --- --- --- --- Mél : .....

### 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 : Code postal |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| commune : .....  
Nombre de victimes(s)<sup>3</sup> en cause dans l'accident : |\_\_|\_\_|

### Description des circonstances de l'accident

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

<sup>1</sup> 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...)  
<sup>2</sup> Réf. Article R.322-6 du code du sport  
<sup>3</sup> La rubrique concernant les renseignements relatifs à la (aux) victime(s) est au verso de cette fiche

Renseignements sur la victime<sup>4</sup>**Identifiant (réservé au ministère) :**Sexe : Masculin  Féminin 

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

Nationalité .....

Bilan immédiat de l'accidentTraumatisme  Perte de connaissance  Décès  Noyade Malaise  Inconnu  Autre  Si 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 

Éléments de gravité constatés : .....

.....

.....

.....

.....

Prise en charge de l'évacuation (Pompiers, SAMU, etc) : .....

Orientation (hôpital, clinique, poste de secours, morgue, etc.) : .....

Observations complémentaires / autres éléments

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<sup>4</sup> Remplir autant de verso que de victimes concernées par l'accident