

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	☐	Equipeement 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

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

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

This image shows a full page of a document template. It consists of approximately 30 evenly spaced horizontal dotted lines across the entire width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings present.

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