

**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 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 --- - - - - - Mël : .....

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>Sexe : Masculin  Féminin 

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

Nationalité .....

Bilan immédiat de l'accidentTraumatisme  Perte de connaissance  Décès 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