

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 (SDJES-DASEN) 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 (SDJES)

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 :

2 - Renseignements relatifs à l'exploitant

Nom et prénom(s) :

Date de naissance |__|__|__| / |__|__|__| / |__|__|__|

Commune de naissance :

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

4 - Renseignements relatifs à la victime²

Identifiant (réservé au ministère) :

Sexe : Masculin Féminin

Année de naissance |__|__|__|__|

Nationalité.

Département de résidence |__|__|

Statut de la victime au moment de l'accident : Praticant 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) : |__|__| : |__|__|

² Remplir autant de pages que de victimes concernées par l'accident/incident

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

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

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

Fiche à transmettre à l'administration centrale dument rempli (notamment le cadre réservé à l'administration) dans les plus brefs délais : ds.3a@sports.gouv.fr du lundi au vendredi, et sur la boite d'astreinte (adresse à préciser) après 18 heures en semaine et le week-end. Le directeur de cabinet du recteur de la région académique, le directeur de cabinet du recteur d'académie et la DRAJES doivent être mis en copie du mail d'envoi de la fiche à l'administration centrale.