

.....
.....

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

