ANNEXE I MS/DSB2/SC/04-2011

## 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
Telephone .
Renseignements concernant l'établissement
Identifiant (réservé au ministère)
Nom de l'établissement
N° de déclaration de l'établissement               E   T
Adresse complète
Code postal           commune :
Nom de l'exploitant
Téléphone fixe Portable Mél :
Eléments 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)³ en cause dans l'accident :
Description des airconstances de l'assident
Description des circonstances de l'accident
Renseignements sur la victime <sup>4</sup>
Identifiant (réservé au ministère) :

<sup>&</sup>lt;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>&</sup>lt;sup>2</sup> Réf. Article R.322-6 du code du sport

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> La rubrique concernant les renseignements relatifs à la (aux) victime(s) est au verso de cette fiche

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

MS/DSB2/SC/04-2011 Sexe: Masculin □ Féminin Année de naissance | ou âge | \_\_| ans Bilan immédiat de l'accident Traumatisme Perte de connaissance Décès Noyade Malaise Inconnu Autre Si autre précisez..... Secours à la victime Premiers secours donnés sur place Oui Inconnu Usage d'un défibrillateur semi-automatique : Oui Non Inconnu □ Secours alertés 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 🗆 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