

MINISTÈRE DES SPORTS

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 SDJES 21 (ce.sdjes21@ac-dijon.fr). A transmettre aussi aux agents du service en
charge des sports

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 (SDJES21)

Fiche remplie 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 de 1901 Autre Précisez :

Adresse :

Code postal Commune :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

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 : Prénom :

Date de naissance :

Commune de naissance : Arrondissement :

Code postal :

Adresse personnelle :

Commune : Code postal :

Téléphone : 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)	Diplôme(s)	N° de carte professionnelle
1				
2				
3				
4				

Facteurs ayant contribué à l'accident (plusieurs réponses possibles) :

- Condition physique Implication d'un tiers Matériel non-conforme
État de santé Collision Défaillance du matériel
Malaise Coup Équipement 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

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 une 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

Remplir autant de pages que de victimes concernées par 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 constaté:

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

Éducateur 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 séquelle, lesquelles : _____

Si décès, date (JJ/MM/AAAA) : _____ Heure (HH :MM) : _____