

**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](mailto: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) : | | | | | | | |  | | | | |