

MINISTÈRE DES SPORTS

Fiche de signalement et d'enquête d'accident¹ ou incident² grave dans un Etablissement physique d'activité physique et sportive (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 (DDCS/DDCSPP) 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 (DDCS/DDCSPP)

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 NO LIMIT APNEE
N° SIRET |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Association loi 1901 ☒ Autre ☐ Précisez
Adresse 300 Avenue de la Rive
Code postal |7|4|5|0|0| Commune : PUBLIER
Téléphone fixe ____-____-____ Portable 06 68 31 70 83 Courriel : nolimitapnee@gmail.com
Site internet www.nolimitapnee.com
Discipline(s) sportive(s) pratiquée(s) au sein de l'établissement Apnée, rando PMT, respiration
Affiliation à une fédération : Non ☐ Oui ☒ Si oui, précisez : AIDA

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 et prénom(s) : BORREAU Charlely
Date de naissance | 1 | 4 | / | 0 | 7 | / | 1 | 9 | 8 | 5 |
Commune de naissance : Les Lilas (093) France
Arrondissement (pour Paris, Lyon, Marseille) : Code postal | | | | | |
Adresse personnelle : 300 Avenue de la Rive
Code postal | 7 | 4 | 5 | 0 | 0 | Commune : Publier
Tél : 06 68 31 70 83
Courriel : charlely.borreau@gmail.com

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)	Diplômes	N° de carte professionnelle
1 -		
2 -		
3 -		
4 -		
5 -		

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

Condition physique	☐	Implication d'un tiers	☐	Matériel non-conforme	☐
Etat de santé	☐	Collision	☐	Défaillance du matériel	☐
Malaise	☐	Coup	☐	Equipeement inadapté	☐
Fatigue	☐	Contact corps étrangers	☐	Lieu de pratique	☐
Prise de risque	☐	Inconnu	☐	Conditions climatiques	☐
Autres	☐	Précisez			

Nombre de victime(s) : | | | | |

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

Etat de la victime au moment de l'arrivée des secours : Consciente ☐ Inconsciente ☐ Décédée ☐

Éléments de gravité constatés :

Prise en charge de l'évacuation (Pompiers, SAMU, etc) :

Orientation (hôpital, clinique, poste de secours, morgue, etc.) :

⁴ Remplir autant de pages que de victimes concernées par l'accident/incident

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

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