



**MINISTÈRE
CHARGÉ DES SPORTS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Fiche de signalement 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'établissement, conformément à l'article R.322-6 du Code du Sport, et à envoyer dans les 48 heures au service départemental de l'Etat chargé des sports (SDJES-DASEN) 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 (SDJES)

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

N° SIRET |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Association loi 1901 Autre Précisez

Adresse

Code postal |__|__|__|__|__| Commune :

Téléphone fixe ____ Portable ____ Courriel :

Site internet

Discipline(s) sportive(s) pratiquée(s) au sein de l'établissement

Affiliation à une fédération : Non Oui Si oui, précisez :

2 - Renseignements relatifs à l'exploitant

Nom et prénom(s) :

Date de naissance |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| Commune de naissance :

Arrondissement (pour Paris, Lyon, Marseille) : Code postal |__|__|__|__|__|

Adresse personnelle :

Code postal |__|__|__|__|__| Commune :

Tél :

Courriel :

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, y compris violences sexistes ou sexuelles.

4 - Renseignements relatifs à la victime¹

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

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

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.) :

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

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

Fiche à transmettre au SDJES du Gard dans les plus brefs délais :

ce.sdjes30@ac-montpellier.fr

Si l'événement est relatif à une violence à caractère sexiste ou sexuel OU s'il est porté à la connaissance du déclarant par la victime ou par une personne à qui la victime s'est confiée,
il est également possible de le signaler via l'adresse d'alerte : signal-sports@sports.gouv.fr