**Fiche de signalement et d’enquête d’accident[[1]](#footnote-1) 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 3 et à envoyer dans les 48 heures au service départemental de l’Etat chargé des sports (SDJES-DASEN) du lieu de l’accident/incident, par mail à **ce.sdjes13-sports@ac-aix-marseille.fr**

**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. ..........................................................................................................

# - 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 : .................................................................................

# - 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 : ...............................................................................................................................................................................

# – 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  Equipement 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

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

. .............................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................

. .............................................................................................................................................................................................

. .............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

# - Renseignements relatifs à la victime[[2]](#footnote-2)

***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 

# – 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  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

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..............................................................................................................................................................................................

 ..................................................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **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 à l’administration centrale dument remplie (notamment le cadre réservé à l’administration) dans les plus brefs délais : ds.3a@sports.gouv.fr du lundi au vendredi, et sur la boite d’astreinte (permanence-ds@sports.gouv.fr) après 18 heures en semaine et le week-end. Le directeur de cabinet du recteur de la région académique, le directeur de cabinet du recteur d’académie et la DRAJS doivent être mis en copie du mail d’envoi de la fiche à l’administration centrale.

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 [↑](#footnote-ref-1)
2. Remplir autant de pages que de victimes concernées par l’accident/incident [↑](#footnote-ref-2)