





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

#### 4 - Renseignements relatifs à la victime<sup>2</sup>

**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) |\_\_|\_\_| : |\_\_|\_\_|

<sup>2</sup> Remplir autant de pages que de victimes concernées par l'accident/incident

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 rempli (notamment le cadre réservé à l'administration) dans les plus brefs délais : [ds.3a@sports.gouv.fr](mailto:ds.3a@sports.gouv.fr) du lundi au vendredi, et sur la boite d'astreinte (adresse à préciser) 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 DRAJES doivent être mis en copie du mail d'envoi de la fiche à l'administration centrale.