





.....  
.....

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

Heure d'arrivée des secours (HH : MM) : |\_\_|\_\_| : |\_\_|\_\_|

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

