





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

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

