ANNEXE 2

FORMULAIRE A

Nom de la piscine : .....
Rue : .....
Code Postal : .....
Localité : .....
Téléphone : .....
Fax : .....
Email : .....
Nom du Directeur : .....
Type d'institution : Ecole - Piscine seule - Complexe sportif avec piscine

FICHE D'ACCIDENT EN PISCINE
- Accident corporel -

Date : ...../...../..... **Heure** : ..... **Lieu** : .....

Personne accidentée

Nom : ..... **Prénom** : .....
Adresse : ..... **Tél.** : ...../.....
Age : ..... **Sexe** : ☐ M ☐ F
Individuel : ..... **Groupe** : .....

Responsable de l'encadrement : **Nom** : ..... **Prénom** : .....

Forme d'accident	**Type d'infrastructure impliquée**
☐ **Dans l'eau** ☐ Noyade (issue favorable ou non) ☐ Contact avec infrastructure	☐ Escalier sous eau ☐ Carrelage
☐ Contact avec autre usager ☐ Malaise ☐ Hydrocution ☐ Autres :	☐ Echelle/main courante ☐ Ligne de nage ou corde ☐ Grille ☐ Structure flottante ☐ Toboggan ☐ Plongeoir ☐ Plot de départ / bord ☐ Autres : .....

Forme d'accident	**Type d'infrastructure impliquée**
☐ **<u>Hors de l'eau</u>** (mais dans le hall du bassin)	
☐ Glissade/chute sur sol sec	☐ Structure sous toboggan
☐ Glissade/chute sur sol mouillé	☐ Escalier
☐ Contact avec infrastructure	☐ Carrelage/maçonnerie
☐ Contact avec autre usager	☐ Colonne
☐ Malaise	☐ Banc
☐ Autres :	☐ Echelle/main courante
	☐ Portes
	☐ Toboggan
	☐ Plongeoir
	☐ Plot de départ / bord
	☐ Pédiluve
	☐ Autres : .....

☐ **<u>Autre endroit</u>**	☐ Douche	☐ Toilettes	☐ Hall d'entrée
	☐ Cafétéria	☐ Vestiaire	☐ Tribune
	☐ Autres :		

☐ Glissade/chute sur sol sec	☐ Escalier
☐ Glissade/chute sur sol mouillé	☐ Porte
☐ Contact avec infrastructure	☐ Armoire
☐ Contact avec autre usager	☐ Cabine vestiaire
☐ Malaise	☐ Carrelage/maçonnerie
☐ Appareil électrique	☐ Autres : .....

Types de lésions	☐ Décès par noyade	☐ Début de noyade	☐ Brûlure
	☐ Décès par autre cause	☐ Fracture	☐ Contusion
	☐ Lésion aux yeux	☐ Piqûre	☐ Autres : .....
	☐ Intoxication	☐ Lésions cutanées	

Interventions	**interne**	☐ Réanimation pulmonaire
		☐ Réanimation cardio-pulmonaire
	d'un service extérieur	☐ 112
		☐ Médecin de garde
		☐ Autre service médical
	clôture	☐ Départ victime par Service 112
		☐ Départ victime par propres moyens
		☐ Autre

Nom : ..... Fonction : ..... Date : ...../...../..... Signature .....

Partie à remplir par le Directeur

Mesures de prévention adoptées ou à adopter ☐ Modification d'organisation du travail ☐ Renforcement surveillance ☐ Modification d'infrastructure ☐ Rappel des consignes ☐ Aucune ☐ Autres : .....
Notes/remarques complémentaires (voir annexe) notamment relatives aux mesures prises ou à prendre en matière d'organisation, de prévention, …

Nom : ..... Date : ...../...../..... Signature : .....

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement wallon du 13 juin 2013 déterminant les conditions intégrales relatives aux bassins de natation couverts et ouverts utilisés à un titre autre que purement privatif dans le cadre du cercle familial lorsque la surface est inférieure ou égale à 100 m^2 ou la profondeur inférieure ou égale à 40 cm, utilisant exclusivement le chlore comme procédé de désinfection de l'eau.

Namur, le 13 juin 2013.

Le Ministre-Président,
R. DEMOTTE

Le Ministre de l'Environnement, de l'Aménagement du Territoire et de la Mobilité,
Ph. HENRY