

ANNEXE 1

FICHE D'ACCIDENT EN PISCINE

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

-Accident corporel -

À remplir par le responsable de la surveillance et par le Directeur de l'établissement

Date :/...../.....	Heure :	Lieu :
<u>Personne accidentée</u>		
Nom :	Prénom :	Tél. :/.....
Adresse :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Age :	Groupe :	
Individuel :		
<u>Responsable de l'encadrement</u> :	Nom :	Prénom :
Forme d'accident	Type d'infrastructure impliquée	
<input type="checkbox"/> <u>Dans l'eau</u> <input type="checkbox"/> Noyade (issue favorable ou non) <input type="checkbox"/> Contact avec infrastructure <hr/> <input type="checkbox"/> Contact avec autre usager <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Hydrocution <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Escalier sous eau <input type="checkbox"/> Carrelage <hr/> <input type="checkbox"/> Echelle/main courante <input type="checkbox"/> Ligne de nage ou corde <input type="checkbox"/> Grille <input type="checkbox"/> Structure flottante <input type="checkbox"/> Toboggan <input type="checkbox"/> Plongeoir <input type="checkbox"/> Plot de départ / bord <input type="checkbox"/> Autres :	

<input type="checkbox"/> <u>Hors de l'eau</u> (mais dans le hall du bassin)	
<input type="checkbox"/> Glissade/chute sur sol sec	<input type="checkbox"/> Structure sous toboggan
<input type="checkbox"/> Glissade/chute sur sol mouillé	<input type="checkbox"/> Escalier
<input type="checkbox"/> Contact avec infrastructure	<input type="checkbox"/> Carrelage/maçonnerie
<input type="checkbox"/> Contact avec autre usager	<input type="checkbox"/> Colonne
<input type="checkbox"/> Malaise	<input type="checkbox"/> Banc
<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Echelle/main courante
	<input type="checkbox"/> Portes
	<input type="checkbox"/> Toboggan
	<input type="checkbox"/> Plongeoir
	<input type="checkbox"/> Plot de départ / bord
	<input type="checkbox"/> Pédiluve
	<input type="checkbox"/> Autres :
<u>Autre endroit</u>	<input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Toilettes <input type="checkbox"/> Hall d'entrée <input type="checkbox"/> Cafétéria <input type="checkbox"/> Vestiaire <input type="checkbox"/> Tribune <input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Glissade/chute sur sol sec	<input type="checkbox"/> Escalier
<input type="checkbox"/> Glissade/chute sur sol mouillé	<input type="checkbox"/> Porte
<input type="checkbox"/> Contact avec infrastructure	<input type="checkbox"/> Armoire
<input type="checkbox"/> Contact avec autre usager	<input type="checkbox"/> Cabine vestiaire
Malaise	<input type="checkbox"/> Carrelage/maçonnerie
<input type="checkbox"/> Appareil électrique	<input type="checkbox"/> Autres :

<u>Types de lésions</u>	<input type="checkbox"/> Décès par noyade	<input type="checkbox"/> Début de noyade	<input type="checkbox"/> Brûlure
	<input type="checkbox"/> Décès par autre cause	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Contusion
	<input type="checkbox"/> Lésion aux yeux	<input type="checkbox"/> Piqûre	<input type="checkbox"/> Autres :
	<input type="checkbox"/> Intoxication	<input type="checkbox"/> Lésions cutanées	

<u>Intervention</u>	❖ <i>Interne</i>	<input type="checkbox"/> Réanimation pulmonaire
		<input type="checkbox"/> Réanimation cardio-pulmonaire
	❖ <i>d'un service extérieur</i>	<input type="checkbox"/> 100
		<input type="checkbox"/> Médecin de garde
		<input type="checkbox"/> Autre service médical
	❖ <i>clôture</i>	<input type="checkbox"/> Départ victime par Service 100
		<input type="checkbox"/> Départ victime par propres moyens
		<input type="checkbox"/> Autre

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

Partie à remplir par le Directeur

Mesures de prévention adoptées ou à adopter

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Modification d'organisation du travail | <input type="checkbox"/> Renforcement surveillance |
| <input type="checkbox"/> Modification d'infrastructure | <input type="checkbox"/> Rappel des consignes |
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Autres : |

Notes/remarques complémentaires (voir annexe) notamment relatives aux mesures prises ou à prendre en matière d'organisation, de prévention, ...

Nom :

Date :/...../...

Signature :