

DÉCLARATION D'ACCIDENT CERF-VOLANT

Référence FFVL n°

Formulaire à retourner dans un délai de 5 jours à :

FFVL - 4 rue de Suisse 06000 NICE – Tel : 04 97 03 82 77 – Fax : 04 97 03 82 83 – Email : sinistres@ffvl.fr

Le sinistre doit être déclaré DANS LES 5 JOURS de sa survenance

PARTIE 1

Informations confidentielles à usage interne de la FFVL, du courtier et de l'assureur.

Nom, Prénom du pratiquant (en lettres capitales) : M., Mme, Mlle

Date de naissance : . . . / . . . / . . . **Profession :**

Adresse (en lettres capitales) :

Pays (en lettres capitales) :

Téléphone(s) : **Mail :**

Licence N° :

Type de licence : Cotisation fédérale : Cerf volant Moniteur cerf volant Autre Précisez :

Responsabilité civile souscrite par la FFVL : Oui Non (Si non, veuillez à déclarer l'accident à votre compagnie d'assurance)

Souscription de l'Assistance Rapatriement : Oui Non

Si oui : avez-vous eu recours au rapatriement ? Oui Non

Si oui : N° de dossier :

Date et heure de l'accident : le . . . / . . . / . . . à . . h . . mn

Lieu de l'accident:

Nom du site :

Commune..... **Code postal:**

Coordonnées GPS : (si possible)ou localisation

Contexte

En individuel En compétition Sortie en groupe (club)

En école
Nom et n° de l'école

Nom et N° licence enseignant

NB : Les accidents graves (décès, séquelles invalidantes) survenus lors d'actions encadrées (enseignement, biplace) doivent faire l'objet d'une déclaration auprès de la Direction Départemental de la Jeunesse et des sports.

Avez-vous abîmé votre matériel au cours de cet accident : **Oui** **Non**
Si oui, avez-vous souscrit à l'assurance « pack matériel » : **Oui** **Non**

Dommages corporels* pour : le pratiquant une tierce personne

**Si plusieurs accidentés, merci de remplir une déclaration par victime*

Adressez dès que possible le **certificat médical initial attestant de l'accident** sous pli confidentiel au siège de la F.F.V.L. à l'attention du service accidents. Le certificat de consolidation devra être adressé par la suite.

Gravité des blessures :

0= pas blessé 1= légèrement blessé 2= blessé lourd (+ de 48 h d'hospitalisation, et/ou séquelles invalidantes) 3= décès (jusqu'au 30ème jour après l'accident)

Diagnostic(s) établi(s) par le(s) médecin(s) :

En cas de décès : Sur place Pendant le transport Au centre hospitalier

Délai entre l'accident et le décès : joursHMinutes

Tiers blessé lors de l'accident : Oui Non - Si oui :

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone(s) :

Dommages matériels occasionnés à des tiers? Oui Non

Nom(s), prénom(s), adresse, Tel (Précisez la nature des dommages matériels)

Un tiers est-il à l'origine de l'accident ? Oui Non

Nom(s), prénom(s), adresse, Tel

Description détaillée des circonstances de l'accident :

ORGANISATION DES SECOURS

Modalités déclenchement :

Qui ?	Où ?	Comment ?
Accidenté <input type="checkbox"/> Moniteur <input type="checkbox"/>	Au sol <input type="checkbox"/>	À pied <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/>
Témoin <input type="checkbox"/> Autre pilote <input type="checkbox"/>	En vol <input type="checkbox"/>	À ski <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Véhicule <input type="checkbox"/>

Délai entre l'accident et le déclenchement :HMinutes

Modalités d'intervention :

Témoin <input type="checkbox"/>	Autres pilotes <input type="checkbox"/>	Moniteur <input type="checkbox"/>	Secouristes <input type="checkbox"/>
Pompiers <input type="checkbox"/>	Samu <input type="checkbox"/>	Médecins <input type="checkbox"/>	Gendarmerie <input type="checkbox"/>

Délai entre l'accident et la prise en charge par les secours :heure(s)minutes.....

Modalités de transport :

À pied Pompiers Ambulance À ski Samu
Véhicule personnel Hélicoptère Autre Lequel ?

Lieux des soins :

Hôpital, clinique, cabinet médical :

Services (à l'hôpital ou clinique) :

Délai entre l'accident et l'arrivée sur le lieu des soins (hôpital, clinique, cabinet médical) :

Indiquez les noms, prénoms, adresses et téléphones des témoins :

.....

Personne à contacter en cas de blessure grave ou de décès nom, prénom, adresses et téléphone :

.....

Je soussigné qualité (victime, témoin, enseignant, époux, épouse etc.), déclare ces informations exactes et sincères.

À le Signature ou cachet :

PARTIE 2

Informations traitées anonymement de façon interne par la FFVL pour améliorer la sécurité.

1. Informations relatives au pratiquant

Âge		Sexe		Poids		Taille	
-----	--	------	--	-------	--	--------	--

Pratique l'activité depuis :

- 3 mois - 6 mois - 1 an - 2 ans - 5 ans + 5 ans

Fréquence :

Quotidienne Week-end Mensuelle Saisonnière

Autres sports pratiqués régulièrement :

Accident(s) antécédent(s) en cerf-volant : Non Oui (dates et lésions) :**2. Profil du pratiquant à ce jour**Année de 1^{ère} prise de licence :

Débutant <input type="checkbox"/>	Compétiteur <input type="checkbox"/>	Initiateur <input type="checkbox"/>
Pratiquant confirmé <input type="checkbox"/>	Élève Moniteur <input type="checkbox"/>	Moniteur <input type="checkbox"/>

3. Informations relatives à l'accident

Le site est-il réservé à la pratique du cerf-volant ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est-ce une salle ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Existe-t-il une convention d'utilisation ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Présence d'obstacles sur le site de pratique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Zone de pratique : Connue du pratiquant Inconnue du pratiquant **Pilotage :**

<u>Nature du terrain</u> :	Herbe <input type="checkbox"/>	Cailloux <input type="checkbox"/>	Sable <input type="checkbox"/>	Bitume <input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/>	(à définir) :			

Pente estimée en pourcentage :

Fabrication :Atelier fixe Itinérant **4. Identification du problème (cause de l'accident)****Matériel**

Surface importante pour le vent <input type="checkbox"/>	Rupture de la ligne de retenue <input type="checkbox"/>
Anomalie au montage <input type="checkbox"/>	Rupture de l'arrimage <input type="checkbox"/>
Rupture d'une armature <input type="checkbox"/>	Anomalie du bridage <input type="checkbox"/>

Météo

Vent fort <input type="checkbox"/>
Turbulences <input type="checkbox"/>
Changement de vent <input type="checkbox"/>

Espace de pratique

Encombré <input type="checkbox"/>	Problème avec d'autres pratiquants <input type="checkbox"/>
Sous le vent d'un obstacle <input type="checkbox"/>	Problème avec le public <input type="checkbox"/>
Collision avec un obstacle <input type="checkbox"/>	Panique <input type="checkbox"/>

Autres

CV sans surveillance <input type="checkbox"/>
Erreur de pilotage <input type="checkbox"/>

Selon vous, la cause de l'accident est : (plusieurs réponses possibles)

Une inadéquation : Pratiquant/environnement Pratiquant/machine Machine/environnement **Une erreur** : Défaut de préparation matériel Défaut de contrôle du matériel Erreur de positionnement Faute de pilotage Erreur d'attention Prise de risque excessive **Lié à l'environnement** : Site inadapté Météo inadaptée Vent fort

Une défaillance technique :

Fonctionnelle : De l'aile Harnais ou lignes

Structurelle : De l'aile Harnais ou lignes

Autre :

Ne sais pas

5. Type de pratique au moment de l'accident

Pilotage

Fabrication

Décollage <input type="checkbox"/>	Atterrissage du CV <input type="checkbox"/>	Machine à coudre <input type="checkbox"/>
En vol <input type="checkbox"/>	Évitement <input type="checkbox"/>	Découpe <input type="checkbox"/>
Croisement avec autres utilisateurs <input type="checkbox"/>	Envol du CV <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>

6. Conditions aérologiques

Vent < 3 Beaufort / 19 Km/h <input type="checkbox"/>	Vent < 5 Beaufort / 38km/h <input type="checkbox"/>
Vent > 8 Beaufort / 62 Km/h <input type="checkbox"/>	Vent < 7 Beaufort / 61km/h <input type="checkbox"/>

7. Matériel utilisé

CV combat <input type="checkbox"/>	CV 2 lignes <input type="checkbox"/>	CV 4 lignes <input type="checkbox"/>	Grande structure (+ de 10 m2) <input type="checkbox"/>
Monofil <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>		

Equipement du pratiquant

Equipé d'un harnais <input type="checkbox"/>	Chaussures <input type="checkbox"/>	Gants <input type="checkbox"/>
Accroché au harnais lors de l'accident <input type="checkbox"/>	Lunettes <input type="checkbox"/>	Blouson <input type="checkbox"/>
Pantalon <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	(à définir) :

DOMMAGES CORPORELS POUR : LE PRATIQUANT LA TIERCE PERSONNE

Âge		Sexe		Poids		Taille	
-----	--	------	--	-------	--	--------	--

Caractéristiques de l'impact :

Position :

Debout <input type="checkbox"/>	Couché dos <input type="checkbox"/>	Penché en avant <input type="checkbox"/>
Assis dans le harnais <input type="checkbox"/>	À plat ventre <input type="checkbox"/>	

Impact

De face <input type="checkbox"/>	De dos <input type="checkbox"/>	À plat ventre <input type="checkbox"/>	Sur les fesses <input type="checkbox"/>
De côté <input type="checkbox"/>	En arrière <input type="checkbox"/>	Sur les jambes <input type="checkbox"/>	Sur les bras <input type="checkbox"/>

Localisation des blessures :

Tête Bas de colonne Haut de colonne Membres supérieurs Membres inférieurs Tronc Interne

Caractéristiques de la lésion:

Hématome <input type="checkbox"/>	Fracture <input type="checkbox"/>
Brûlure <input type="checkbox"/>	Coupure <input type="checkbox"/>

Indications complémentaires :
.....
.....
.....