

DÉCLARATION D'ACCIDENT DELTA

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 pilote (en lettres capitales): M., Mme, Mlle

Date de naissance : .. /.. /....

Profession :

Adresse (en lettres capitales) :

Pays (en lettres capitales) :

Licence N° :

Type de Licence - Cotation fédérale :

Volant Volant jeune Volant bi associatif Volant bi pro
Volant moniteur Volant élève moniteur Élève année Élève huit jours

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

Vol : Solo Biplace Si oui à titre professionnel À titre bénévole

En école Si oui 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 Départementale de la Jeunesse et des sports.

Avez-vous abîmé votre matériel au cours de cet accident ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, aviez-vous souscrit à l'assurance «pack matériel» ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Dommages corporels* pour : le pilote, le passager, 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 : jours.....heuresminutes.....

Tiers blessé (passager ou tiers non transporté) ou en cause dans l'accident :

Dommages occasionnés au passager transporté ? Oui Non

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone(s) :

Dommages occasionnés à des tiers non transportés ? 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	<input type="checkbox"/>	Pompiers	<input type="checkbox"/>	Ambulance	<input type="checkbox"/>	À ski	<input type="checkbox"/>	Samu	<input type="checkbox"/>
Véhicule personnel	<input type="checkbox"/>	Hélicoptère	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>	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.***Informations relatives au pilote**

Le pilote pratique l'activité depuis :

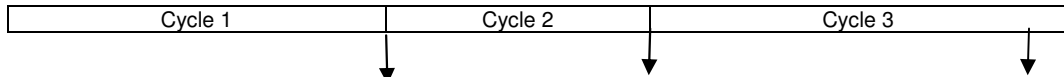
Année de 1^{ère} prise de licence :- 1 an - 2 ans - 5 ans + 5 ans

Fréquence :

Quotidienne Week-end Mensuelle Saisonnière

Date du précédent vol :

Niveau de progression : Par rapport à la progression symbolisée ci-dessous, vous vous situez en :

Cycle 1 Cycle 2 Cycle 3 Type de brevet : Pas de brevet Brevet initial Brevet de pilote Brevet de pilote confirmé

Nombre d'heures de vol cumulées à ce jour :heures Nombre de vols

Autres sports pratiqués régulièrement :

ContexteEn pente école Sur site Compétition Cross Treuil Biplace Remorqué **Phase de vol :**Avant ou après pliage Manipulation au sol Décollage : Retour à la pente (en sortie de décollage) Vol Thermique Soaring Transition Acrobatie Approche Posé **Particularité :** (si le cas)Trafic de vol important Vol sous le vent Vol dans les nuages Collision avec un obstacle **Posé particuliers :** (si le cas) Au décollage Hors terrain Dans les arbres Dans l'eau **Parachute tiré :** Oui Non Si oui :Volontairement Involontairement Hauteur en m :Zone de tirage : En plaine En crête Pente Vallée Lieu de réception : Végétation Herbe Roche Structure Câbles Eau **Collision en l'air :** Avec un autre delta Avec un autre engin Précisez :**Informations relatives à l'accident****Nature du terrain :**Herbeux Boisé Plat Pente forte Rocheux Enneigé Pente légère Présence obstacles

Orientation décollage :

Accès au décollage Marche Si oui durée en mn : Moyens mécanique (Voiture, remontées) **Vol** Distance parcourue km Durée du vol mn Dénivelé du site m**Site de vol :** Connu du pilote Déjà pratiqué en vol
Inconnu Seulement visité **Matériel utilisé :****Delta** Solo Biplace Motorisé

Marque : Modèle Taille

Année de mise en service (par la victime ou autre personne):

Révisée : Oui Non Si oui date :

L'aile a-t-elle subi des modifications par rapport à son état initial. Oui Non

L'aile est-elle équipée de roulettes Oui Non

Parachute de secours

Oui Non Si oui :

Marque : Modèle Taille

Année de mise en service (par la victime ou autre personne):

Positionnement : Ventral Latéral

Type d'extraction : Manuelle Air comprimé Ressort Pyrotechnique

Harnais

Marque : Modèle :

Année de mise en service (par la victime ou autre personne):

Chaussures montantes : Oui Non

Casque : Oui Non Intégral Homologué Vol libre. Oui Non

Identification du problème (cause de l'accident)

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

Une inadéquation : Pilote/environnement Pilote/machine Machine/environnement

Une erreur : Défaut de prévol 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 inadapté Thermiques forts Vent fort

Une défaillance technique :

Fonctionnelle : De l'aile Du parachute Du harnais

Structurelle : De l'aile Du parachute Du harnais

Autre : **Ne sais pas**

Conditions météorologiques et/ou Aérologiques(plusieurs réponses possibles)

Conditions calmes Vent < 15 km/h Vent fort Thermiques forts Foehn

Vent variable en intensité et/ou en direction Aérologie turbulente Conditions orageuses Rouleaux

Pluie Autres conditions Précisez :

Incident de vol (si à l'origine de l'accident, plusieurs réponses possibles)

Initialement :

Décrochage dynamique Décrochage statique Parachutage Vrille 360 Spirale bloquée

Casse matériel Tumbling Piqué Autres Précisez :

Ayant induit :

Décrochage dynamique Décrochage statique Parachutage Vrille 360 Spirale bloquée

Casse matériel Tumbling Piqué Autres Précisez :

DOMMAGES CORPORELS POUR : LE PILOTE LE PASSAGER

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

Caractéristiques de l'impact :

Position :

Debout dans le harnais Couché dos Penché en avant

Assis dans le harnais À plat ventre

Impact

De face De dos À plat ventre Sur les fesses

De côté En arrière Sur les jambes Sur les bras

Localisation des blessures :

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

Indications complémentaires :

.....

.....