

DÉCLARATION D'ACCIDENT PARAPENTE

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 Biplane 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 Non
Si oui, aviez-vous souscrit à l'assurance «pack matériel» ? Oui Non

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 Pompiers Ambulance À ski Samu
Véhicule personnel Hélicoptère Autre Lequel ?

Lieu 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.

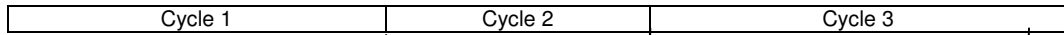
Informations relatives au pilote

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 Vol à ski Vol montagne Compétition Cross Treuil Biplace **Phase de vol :**Avant dépliage Manipulation au sol Décollage : Retour à la pente (en sortie de décollage)
ou après pliageVol Thermique Soaring Transition Acrobatie Approche Posé Pilote tiré au sol **Particularité : (si le cas)**Trafic de vol important Vol sous le vent Vol dans les nuages Collision avec un obstacle **Posé particulier : (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 : Plaine Crête Pente Vallée - Lieu de réception : tapis de végétation Herbe Roche Structure Câbles Eau
(arbres, buissons.)**Collision en l'air :** Avec un autre parapente Avec un autre engin Précisez :**Informations relatives à l'accident****Nature du terrain :**Herbeux Boisé Plat Pente forte
Rocheux Enneigé Pente légère Présence d'obstacles

Orientation, décollage :

Accès au décollage Marche si oui durée en mn : Moyens mécaniques (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****Parapente** Solo Biplace Motorisé

Marque : Modèle Taille

Année de mise en service (par la victime ou autre personne) : Révisée : oui non si oui date :

Si homologué :

EN A B C D **CEN** Standard Perf Compet Biplace **DHV ou LTF** 1 1.2 2 2.3 3 L'aile a-t-elle subi des modifications par rapport à son état d'homologation 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 Bas arrière Haut arrière sous cutal

Type d'extraction : Manuelle Air comprimé Ressort Pyrotechnique

Si biplace, était-il équipé d'un système d'affalement de l'aile ? Oui Non

Sellette parapente

Marque : Modèle : Réglage ventrale : cm

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

Protection Non Mousse bag Air bag Autre Définir.....

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

Liée à l'environnement : Site inadapté Météo inadaptée Thermiques forts Vent fort

Une défaillance technique :

Fonctionnelle : De l'aile Du parachute De la sellette

Structurelle : De l'aile Du parachute De la sellette

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 :

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

Initialement :

Décrochage dynamique Décrochage statique Parachutage Vrille Fermeture indéterminée

Fermeture asymétrique Fermeture frontale Cravate 360 Spirale bloquée

Twists des élévateurs Autres précisez :

Ayant induit :

Décrochage dynamique Décrochage statique Parachutage Vrille Fermeture indéterminée

Fermeture asymétrique Fermeture frontale Cravate 360 Spirale bloquée

Twists des élévateurs 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 :

.....

.....