

DÉCLARATION D'ACCIDENT SPEED RIDING

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) :

Téléphone(s) : **Mail** :

Licence N° :

Type de Licence - Cotisation 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, station..... **Code postal** :

Coordonnées GPS : (si possible) :..... ou localisation

Vol : Solo pratique autonome
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 Départemental 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, 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 heures minutes.

Tiers blessé ou en cause dans l'accident :

Dommages 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 ? Accidenté <input type="checkbox"/> Moniteur <input type="checkbox"/>	Où ? Au sol <input type="checkbox"/>	Comment ? À pied <input type="checkbox"/>	<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 : H Minutes

Modalités d'intervention :

Témoin <input type="checkbox"/>	Autres pilotes <input type="checkbox"/>	Moniteur <input type="checkbox"/>	Pisteurs-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.

Informations relatives au pilote

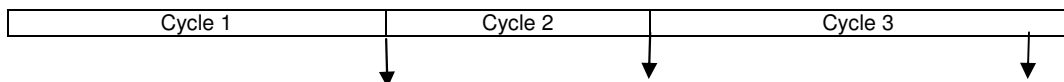
Âge		Sexe		Poids		Taille	
-----	--	------	--	-------	--	--------	--

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

Autres sports pratiqués régulièrement :

ContexteEn pente école, pilotage glissé Sur site en station sur le domaine montagne Compétition **Phase:**Avant dépliage Manipulation au sol Décollage Retour à la pente (en sortie de décollage)
Ou après pliageVol Glisse ski Approche Posé Pilote tiré au sol **Particularité** : (si le cas)Trafic important Run sous le vent Collision avec un obstacle **Informations relatives à l'accident****Nature du terrain :**Plat Pente forte Pente légère Présence d'obstacles Oui Non Si oui lesquels :

Orientation, décollage :

Accès au décollage : Marche si oui durée en mn : ... Moyens mécaniques (remontées) **Run** : Dénivelé du site : mConnu du pilote Déjà pratiqué
Inconnu Seulement visité **Matériel utilisé :****Aile de Speed**

Marque : Modèle Taille

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

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

Marque : Modèle :

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

Protection Non Mousse bag Air bag Autre Définir**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 Neige inadaptée Vent fort

Une défaillance technique :

Fonctionnelle : De l'aile De la sellette

Structurelle : De l'aile De la sellette

Autre : **Ne sais pas**

Conditions météorologiques et/ou aérologiques et nivologiques *(plusieurs réponses possibles)*

Conditions calmes (vent < 15 km/h) Vent fort Foehn

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

Neige : Douce Dure Profonde Collante Plaquée

Enneigement : Très bon Bon Moyen Faible Très faible

Localement, risques d'avalanches évalués à : (chiffre de 1 à 5)

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 TIERS

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 :

.....
.....