



RAPPORT D'INTERVENTION PISCINE / MILIEU NATUREL

A retourner à : Maison des sports 13 Rue Jean Moulin
54510 Tomblaine Tél 03.83.18.87.57 Mail : fmnns.org@wanadoo.fr

VICTIME :

Nom : Prénom :
Sexe : Masculin Féminin
Date de Naissance : / / Lieu : Age :
Nationalité : Profession :
Nom et prénom du tuteur légal pour les mineurs :
Adresse : Code Postal :
Ville : ☎ : Mail :

ACCIDENT :

Date de l'accident : / / Heure de l'accident : Effectif présent :
Dispositif en place au moment de l'accident :
Lieu précis de l'accident :
Particularité : / Fréquentation :
En milieu naturel : Couleur de la flamme / Météo :
Conditions du plan d'eau : / Zone :

Circonstances de l'accident :

.....
.....
.....

PRISE EN CHARGE :

Type de soins donnés :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Une fiche de bilan a été renseignée | <input type="checkbox"/> Une main courante a été renseignée |
| Suite donnée : <input type="checkbox"/> NEANT | <input type="checkbox"/> Enquête administrative ouverte (DDCSPP) |
| <input type="checkbox"/> Victime rentrée seule | <input type="checkbox"/> Enquête de police/gendarmerie ouverte |
| <input type="checkbox"/> Victime rentrée accompagnée par : | |
| <input type="checkbox"/> Victime dirigée sur Hôpital avec : | |
| <input type="checkbox"/> Victime ayant refusé la prise en charge | <input type="checkbox"/> Déclenchement autre structure de secours |
| <input type="checkbox"/> Fiche bilan a été complétée | <input type="checkbox"/> Pompiers <input type="checkbox"/> Samu <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

REFUS DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e), M Refuse d'être pris(e) en charge par les services de secours et assume la responsabilité en toute connaissance de cause. Info transmise au médecin régulateur du SAMU.

Le :

Signature :

OBSERVATIONS :
.....
.....
.....

TEMOINS :

Nom / Prénom : Adresse : Tél :
Nom / Prénom : Adresse : Tél :

INTERVENANTS (équipiers / médecin / infirmier,...):

Nom / Prénom : Qualité : Tél :
Nom / Prénom : Qualité : Tél :
Nom / Prénom : Qualité : Tél :
Nom / Prénom : Qualité : Tél :

PLAN DE SITUATION :

Présenter un croquis d'ensemble de la situation. Indiquer l'emplacement des différents impliqués, et du dispositif en place à ce moment.

DESCRIPTION SOMMAIRE :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'ADHERENT

Nom / Prénom :
Fonction :
Le :

Signature

Effectuez votre déclaration, dès qu'il y a décès ou hospitalisation, et retournez la, à la fédération, en conservant une copie.

Un dossier sera ouvert à titre conservatoire, en cas de recherche de responsabilité et transmis au service juridique.