

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 à usage interne de la FFVL, du courtier et de l'assurance

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

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

Adresse(en lettres capitales) :

Pays (en lettres capitales) :

Licence N° :

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 :

Déclarant : Nom, Prénom (en lettres capitales): **M., Mme, Mlle**

Téléphone :

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

Description détaillée des circonstances de l'accident :

Dommages corporels* pour : **Aucune victime** , **l'assuré** , **une tierce personne** , **plusieurs tierces personnes** *Si plusieurs accidentés, merci de remplir une déclaration par victime

Complément Individuelle Accident souscrit auprès du courtier : Oui Non Je ne sais pas

Dommages matériels :

Avez-vous abîmé votre matériel au cours de cet accident ? Oui Non

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

Avez-vous causé des dommages matériels à un ou plusieurs tiers ? Oui Non

Nom(s), prénom(s), adresse, Tel, Email, Nature des dommages matériels :

.....

.....

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) :

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.

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

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

Délai entre l'accident et le décès : jours.....heuresminutes.....

Tiers blessé ou en cause dans l'accident :

Dommmages occasionnés à des tiers ? Oui Non

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

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

Nom(s), prénom(s), adresse, Tel

DOMMAGES CORPORELS POUR : LE PRATIQUANT LA TIERCE PERSONNE

Son poids :kg **Sa Taille :**cm

Caractéristiques de l'impact :

Position : Debout Couché dos Penché en avant Assis dans le harnais A 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

Caractéristiques de la lésion: Hématome Fracture Brûlure Coupure

Indications complémentaires :

ORGANISATION DES SECOURS

Modalités de déclenchement :

Qui ?		Où ?	Comment ?
Accidenté <input type="checkbox"/>	Moniteur <input type="checkbox"/>	Au sol <input type="checkbox"/>	À pied <input type="checkbox"/> À ski <input type="checkbox"/> Par Radio <input type="checkbox"/> En Véhicule <input type="checkbox"/>
Témoin <input type="checkbox"/>	Autre pilote <input type="checkbox"/>	En vol <input type="checkbox"/>	Téléphone fixe <input type="checkbox"/> Téléphone portable <input type="checkbox"/> n° appelé :

Délai entre l'accident et le déclenchement :H(s)minutes

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

Modalités de transport :

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

Lieu des soins : Hôpital Clinique Cabinet médical Sur place

Coordonnées de l'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) :H(s)minutes

Témoins : Noms, prénoms, adresses et téléphones :

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 pratiquantLe pilote pratique l'activité depuis : 0 à 1 an 1 à 2 ans 2 à 5 ans + 5 ans Fréquence de pratique de l'activité : Quotidienne Week-end Mensuelle Saisonnière

Accident précédent dans l'activité : (préciser année, nature) :

Autres sports pratiqués régulièrement :

Profil du pratiquant à ce jour

Débutant Pratiquant confirmé Compétiteur Élève Moniteur Année de 1^{ère} prise de licence :Moniteur **Contexte**Pratique 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.**Informations relatives à l'accident concernant le site****Zone de pratique** : Connue du pratiquant Déjà pratiqué Inconnu Seulement visité Le site est-il réservé à la pratique du cerf-volant Oui Non Je ne sais pas Est-ce une salle ? Oui Non Je ne sais pas Existe-t-il une convention d'utilisation déclarée Oui Non Je ne sais pas Présence d'obstacles sur le site de pratique Oui Non Je ne sais pas **En pilotage** : Nature du terrain : Herbe Cailloux Sable Terre Autre (à définir) :**En fabrication** : Atelier fixe Itinérant **Informations relatives à l'accident concernant le matériel utilisé**CV combat CV 2 lignes CV 4 lignes Grande structure (+ de 10 m2) Monofil Autre (à définir) :**Équipement du pratiquant**Équipé d'un harnais Chaussures Gants Accroché au harnais lors de l'accident Lunettes Blouson Pantalon Autre (à définir) :**Identification du problème (cause de l'accident)**

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

Une erreur de pilotage **Liée à l'environnement** : Site inadapté Météo inadaptée **Météo** : Changement de vent Foudre Vent fort Turbulences **Espace de pratique** : Encombré Sous le vent d'un obstacle Collision avec un obstacle **Public** : Problème avec d'autres pratiquants Problème avec le public Panique CV sans surveillance **Liée au matériel**Surface importante pour le vent Rupture de la ligne de retenue Anomalie au montage Rupture de l'arrimage Rupture d'une armature Anomalie du bridage **Autre** : **Ne sais pas** **Conditions météorologiques et/ou aérologiques (plusieurs réponses possibles)**Vent < 5 noeuds Vent entre 5 et 10 noeuds Vent entre 10 et 15 noeuds Vent entre 15 et 20 noeuds Vent entre 20 et 25 noeuds Vent entre 25 et 30 noeuds Vent entre 30 et 35 noeuds Vent entre 35 et 40 noeuds Vent > 40 10 noeuds **Phase de pratique au moment de l'incident initial****Type de pratique au moment de l'accident****Pilotage** : Décollage Atterrissage du CV En vol Évitement Croisement avec autres utilisateurs **Fabrication** : Machine à coudre Découpe Autres