

# 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](mailto: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° : .....

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

Description détaillée des circonstances de l'accident :

**Dommages corporels\* pour : Aucune victime , l'assuré , le passager ,  
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, avez-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 : .....

.....

.....

**Lieu de l'accident : Nom du site :** .....

Commune..... Code postal : .....

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

### **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 ..... heures .....minutes

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) .....

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

Nom(s), prénom(s), adresse, Tel .....

DOMMAGES CORPORELS POUR : LE PILOTE  LE PASSAGER

Son poids : .....kg Sa Taille : .....cm

Caractéristiques de l'impact :

Position : Debout dans le harnais  Couché dos  Penché en avant  Assis dans le harnais  À plat ventre  Indéterminé

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 : .....

ORGANISATION DES SECOURS

Modalités de déclenchement :

Qui ? Accidenté  Moniteur  Témoin  Autre pilote  Où ? Au sol  En vol  Comment ? À pied  À ski  Par Radio  En Véhicule  Téléphone fixe  Téléphone portable  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 pilote**

Le 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 Type de brevet : Pas de brevet  Brevet initial  Brevet de pilote  Brevet de pilote confirmé 

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

Niveau de progression : Je ne sais pas  Cycle 1 (autonome condition calme sur site connu)   
Cycle 2 (autonome sur tout site)  Cycle 3 (pilote confirmé) 

Accident précédent dans l'activité : .....

Autres sports pratiqués régulièrement : .....

**Contexte**Vol En école  Si oui ..... Nom et n° de l'école : .....

Nom et N° licence enseignant : .....

Type de stage : Cross  Initiation  Pilotage  Progression **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.**En Autonome : Oui  Non  Je ne sais pas En club : Oui  Non  Je ne sais pas Type de vol Solo  Biplace  Si oui à titre professionnel  À titre bénévole Pente école  Sur site  Vol à ski  Vol montagne  Compétition  Cross  Treuil  Remorqué  Voltige 

Phase de vol :

Avant dépliage ou Manipulation au sol  Décollage  Retour à la pente (en sortie de décollage)   
après pliage Vol  Thermique  Soaring  Transition  Acrobatie Approche  Posé  Pilote tiré au sol  Glisse en ski Particularité : (si le cas) Trafic de vol important  Vol sous le vent  Vol dans les nuages  Collision avec un obstacle Collision en l'air : Avec un autre parapente  Avec un autre engin  Précisez : .....Posé particulier : (si le cas) Au décollage  Hors terrain  Dans les arbres  Dans l'eau Présence d'un parachute de secours : Oui  Non Si oui : Parachute tiré : Non  Oui volontairement  Oui involontairement  A quelle hauteur en m : .....Zone de tirage : Plaine  Crête  Pente  Vallée  Plan d'eau Lieu de réception : tapis de végétation  Herbe  Roche  Structure  Câbles  Eau   
(arbres, buissons.)**Informations relatives à l'accident concernant le site**

Nature de la zone d'accident :

Herbeux  Boisé  Plat  Pente forte  Pente légère  Eau  Rocheux   
Enneigé  Présence d'obstacles  Câbles  Lignes électriques/téléphoniques  Structure 

Orientation du décollage : .....

Site de vol : Connu du pilote  Déjà pratiqué en vol  Inconnu  Seulement visité 

Dénivelé du site ..... m

Accès au décollage Marche  si oui durée en mn : ..... Voiture  Remontées mécaniques 

Durée du vol : .....mn Distance parcourue : .....km

Site déclaré à la FFVL : Oui  Non  Je ne sais pas

**Informations relatives à l'accident concernant le matériel utilisé**

**Parapente** Solo  Biplace  Motorisé   
Marque : ..... Modèle ..... Taille ..... m<sup>2</sup>  
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 ..... m<sup>2</sup>  
Année de mise en service (par la victime ou autre personne) : ..... Année de dernier pliage : .....  
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  
Présence d'une boucle à ouverture rapide : Oui  Non  Je ne sais pas   
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 : Oui  Non  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  Parachutage  Vrille  Fermeture indéterminée  Fermeture asymétrique   
Fermeture frontale  Cravate  360  Spirale bloquée  Twists des élévateurs   
Autres  précisez : .....  
**Ayant induit** :  
Décrochage dynamique  Parachutage  Vrille  Fermeture indéterminée  Fermeture asymétrique   
Fermeture frontale  Cravate  360  Spirale bloquée  Twists des élévateurs   
Autres  précisez : .....