

Rapport d'accident 2018

Vous trouverez, ci-joint, un rapport d'accident que nous vous adressons à titre conservatoire.

Il devra être rempli et envoyé à, Madame Agnès DELARUE, Responsable du Service Compétition de la Fédération Française du Sport Automobile, si un accident survient au cours de l'épreuve ou si la FFSA vous en fait la demande.

Par ailleurs, l'organisateur a la possibilité de compléter ce document et de le joindre au rapport de clôture s'il le juge opportun.

Enfin, veuillez adresser votre déclaration d'accident à l'adresse mail suivante : ffsa@grassavoye.com

**FFSA – SERVICE COMPETITION
Madame DELARUE
32, avenue de New York
75781 Paris Cedex 16**

Courriel : adelarue@ffsa.org

NOTE INFORMATIVE :

CLASSIFICATION MEDICALE DES ACCIDENTS

- 1** : *pas d'hospitalisation.*
- 2** : *contrôle hospitalier.*
- 3** : *intervention ou soins de plus de 21 jours à prévoir.*
- 4** : *décès.*

RAPPORT D'ACCIDENT

LIGUE :

A.S.A. - ASK : Code AS :

Numéro de Visa :

Nom de l'épreuve :

Lieu de l'épreuve :

Discipline :

Catégorie de l'épreuve :

Niveau de l'épreuve :

Date de l'épreuve :

Heure de l'accident :

Nombre de blessés :

Spectateurs :

Pilotes :

Officiels :

Autres :

Nombres de décès :

Spectateurs :

Pilotes :

Officiels :

Autres :

PILOTES ACCIDENTES

Concurrent n°:

Groupe:

Catégorie (*karting*):

Marque:

Modèle:

Classification médicale (de 1 à 4).....

Nom et prénom du pilote:

Licence N°:

Concurrent n°:

Groupe:

Catégorie (*karting*):

Marque:

Modèle:

Classification médicale (de 1 à 4).....

Nom et prénom du pilote:

Licence N°:

Concurrent n°:

Groupe:

Catégorie (*karting*):

Marque:

Modèle:

Classification médicale (de 1 à 4).....

Nom et prénom du pilote:

Licence N°:

Concurrent n°:

Groupe:

Catégorie (*karting*):

Marque:

Modèle:

Classification médicale (de 1 à 4).....

Nom et prénom du pilote:

Licence N°:

AUTRES PERSONNES ACCIDENTEES

SPECTATEURS – OFFICIELS - AUTRES

Nom et prénom:

Licence N° : Classification médicale (de 1 à 4).....

Qualité°: Spectateur – Officiel – Autres (préciser) :

Adresse: (si non licencié)
.....

Nom et prénom:

Licence N° : Classification médicale (de 1 à 4).....

Qualité°: Spectateur – Officiel – Autres (préciser) :

Adresse: (si non licencié)
.....

Nom et prénom:

Licence N° : Classification médicale (de 1 à 4).....

Qualité°: Spectateur – Officiel – Autres (préciser) :

Adresse: (si non licencié)
.....

Conditions atmosphériques :

Temps clair : ☐

Nuageux : ☐

Brume : ☐

Précipitations : ☐

Neige / Verglas : ☐

Autre, précisez :

Visibilité :

Bonne: ☐

Moyenne: ☐

Mauvaise: ☐

Nuit: ☐

Brouillard : ☐

Autre, précisez :

Type de revêtement:

Configuration du tracé:

Plane: ☐

En montée: ☐

Sommet de côte: ☐

En descente: ☐

Autre, précisez:

Etat du tracé:

Sèche: ☐

Mouillée: ☐

Huileuse: ☐

Graviers: ☐

Débris: ☐

Autre, précisez:

ETUDE DE L'EQUIPEMENT

A compléter pour toute classification médicale.

Article	Véhicule concurrent n° Observations	Véhicule concurrent n° Observations	Véhicule concurrent n° Observations
Combinaison du pilote			
Casque			
Visière			
RFT			
Harnais de sécurité			
Arceau de sécurité			
Extincteur à bord			
Extincteur utilisé ?			
Système de survie			
Système de survie utilisé ?			

Commentaires spécifiques : (Exemple problème avec système RFT).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RAPPORT D'ACCIDENT:

Nom / Prénom de la personne accidentée	Temps depuis l'accident	Personnel intervenu	Equipement utilisé	Durée de l'intervention

SCHEMA DE L'ACCIDENT

A compléter pour toute classification médicale.

Indiquez:

- Numéro de Poste et emplacement
- Numéro de Licence des officiels présents dans la zone de l'accident,
- La protection du bord de la piste,
- Les drapeaux et/ou signaux lumineux utilisés immédiatement avant l'accident,
- Le(s) véhicule(s) et leur(s) numéro(s).
- Point GPS de l'accident.

**Transmettre obligatoirement des photos de l'accident sur place ainsi que du véhicule.
Sur circuit, le schéma devra être réalisé en utilisant un zoom du plan.**

INTERVENTION DES SECOURS

A compléter si la classification médicale de 3 à 4, ou et en cas d'incendie.

Joindre en annexe une copie de la main courante de la direction de course.

[illegible]

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT

A compléter si la classification médicale de 3 à 4, ou et en cas d'incendie.

A remplir par le Directeur de Course, le ou les Officiels témoins, le ou les pilotes témoins, le ou les spectateurs témoins (notamment en rallye, course de côte, slalom...)

Témoin n°1: Nom, prénom, qualité et signature.

Témoin n°2: Nom, prénom, qualité et signature.

Témoin n°3: Nom, prénom, qualité et signature.

Témoin n°4: Nom, prénom, qualité et signature.

Rapport établi par:

Nom:

Prénom:

Qualité:

Le: à:

Signature:

PIECES A JOINDRE

- Témoignages visuels, rapports des commissaires, des responsables médicaux, des responsables du service incendie.
- Rapport des vérifications techniques effectuées sur toutes les voitures accidentées.
- Copie des certificats post-mortem.
- Tout autre rapport d'expert présentant un intérêt.
- **Photos ou vidéos.**