

Formulaire à nous retourner sous un délai de 5 jours.

## DECLARATION D'ACCIDENT PARAPENTE

Référence n°

Date : .....	Heure : .....
Nom du pilote : M., Mme, Mlle .....	Licence n° .....

### TRES IMPORTANT !

**- Copie du formulaire de licence obligatoire !**

- Ces informations sont à usage interne à la FFVL. Elles demeurent confidentielles.

- La FFVL peut être amenée à conduire une enquête à la suite de cette déclaration. Il est donc primordial qu'elle soit correctement rédigée.

### 1. Informations relatives au pilote

Age		Sexe		Poids		Taille	
-----	--	------	--	-------	--	--------	--

Adresse: .....

Téléphone(s) : ..... Profession: .....

Le pilote pratique l'activité depuis :

- 1 an                       -2 ans                       - 5 ans                       +5 ans

Fréquence :

Quotidienne                       Week-end                       Mensuelle                       Saisonnière

Date du précédent vol : ..... N° de brevet et date d'obtention : .....

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

Autres sports pratiqués régulièrement : .....

Accident(s) antécédent(s) en vol libre (dates et lésions) : .....

### 2. Profil du pilote à ce jour

Année de 1<sup>ère</sup> prise de licence : .....

volant                       volant jeune                       volant bi associatif                       volant bi pro

volant moniteur                       volant élève Moniteur                       élève année                       élève huit jours

### 3. Contexte

Individuel                       Compétition                       Biplace                       Sortie en groupe (club)

Ecole                       Nom et n° de l'école .....

Nom et N° licence enseignant .....

### 4. Informations relatives à l'accident

Commune et département du lieu de l'accident: ..... Code Postal: .....

Nature du terrain :

Herbeux                       Boisé                       Plat                       Pente forte

Rocheux                       Enneigé                       Pente légère                       Présence obstacles

Nom du site de décollage : .....

Commune : ..... Orientation décollage : .....

<u>Accès au décollage</u>	Marche <input type="checkbox"/>	Distance	km
	Voiture <input type="checkbox"/>	Durée	mn
	Remontée mécanique <input type="checkbox"/>	Dénivelé	m



## 12. Caractéristiques de l'impact :

### Position :

Debout dans le harnais  Couché dos  Penché en avant   
Assis dans le harnais  A plat ventre

### Impact

De face  De dos  A plat ventre  Sur les fesses   
De côté  En arrière  Sur les jambes  Sur les bras

## 13. Matériel utilisé

Parapente Biplace  Solo  Motorisé

Marque : ..... Modèle ..... Taille .....

Date d'acquisition : ..... Année de 1<sup>ère</sup> utilisation du matériel (par la victime ou autre personne): .....

Si homologué : n°: .....

CEN standard  perf  compét  biplace  ou DHV 1  1.2  2  2.3  3

### Parachute de secours

Oui  non

Positionnement : Ventral  Latéral  Dorsal  sous cutal

L'avez-vous utilisé : oui  non  A-t-il fonctionné ? oui  non

Cause d'inefficacité .....

### Sellette parapente

Marque : ..... Modèle : ..... Réglage ventrale : .....cm

Date d'acquisition : ..... Année de 1<sup>ère</sup> utilisation du matériel (par la victime ou autre personne): .....

Protection non  mousse bag  air bag  Autre  définir .....

Chaussures montantes : oui  non  Casque : oui  non  Intégral

## ORGANISATION DES SECOURS

### 14. Modalités de déclenchement :

<u>Qui ?</u>	<u>Où ?</u>	<u>Comment ?</u>
Accidenté <input type="checkbox"/> Moniteur <input type="checkbox"/>	Au sol <input type="checkbox"/>	A pied <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"/>	A ski <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Véhicule <input type="checkbox"/>

Délai entre l'accident et le déclenchement : .....H .....Minutes

### 15. Modalités d'intervention :

Témoin  Moniteur  Pompiers  Médecins   
Autres pilotes  Secouristes  Samu  Gendarmerie

Délai entre l'accident et la prise en charge par les secours : .....H .....Minutes

### 16. Modalités de Transport :

A pied  Pompiers  Ambulance   
A ski  Samu  Autres  .....

Lieux des Soins : (Adresse)

Délai entre l'accident et l'arrivée sur le lieu des soins (Hôpital, Clinique...): ..... H ..... Minutes

