



Rapport d'incident nécessitant une hospitalisation

02-01f-a

Valable dès: août 2018

Approuvé par le comité de Swiss Skydive

Page 1 de 3

A envoyer immédiatement à reporting@swisskydive.org, merci.

Date : _____

Heure : _____

Lieu : _____

Ecole/centre : _____

Directions du vent : _____ Force du vent : _____ m/sec (régulier / turbulences)

Nébulosité/Météo en général : _____

Genre d'accident : (plusieurs possibilités)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ouverture de voile de secours | <input type="checkbox"/> Sauvetage AAD (Cypres) | <input type="checkbox"/> Tandem |
| <input type="checkbox"/> Blessure | <input type="checkbox"/> Accident ayant entraîné la mort | <input type="checkbox"/> Ecolage |
| <input type="checkbox"/> Collision en chute libre | <input type="checkbox"/> Collision sous voile | <input type="checkbox"/> Accident d'atterrissage |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

Genre de personne concernée: (plusieurs possibilités)

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Détenteur d'une licence suisse | <input type="checkbox"/> Détenteur d'une licence étrangère | |
| <input type="checkbox"/> Saut d'initiation PAC | <input type="checkbox"/> Saut d'initiation automatique | <input type="checkbox"/> Elève |
| <input type="checkbox"/> Pilote tandem | <input type="checkbox"/> Passager tandem | <input type="checkbox"/> Instructeur |
| <input type="checkbox"/> Instructeur tandem | <input type="checkbox"/> SPHAIR | <input type="checkbox"/> _____ |

Personne concernée :

No. 1

No. 2

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Rue/no.: _____

Rue/no.: _____

CP/lieu : _____

CP/lieu : _____

E-Mail : _____

E-mail : _____

Tél. privé : _____

Tél. privé : _____

Tél prof : _____

Tél prof : _____

Date de naissance : _____

Date de naissance : _____

Sexe : femme homme

Sexe : femme homme

No de licence/genre : _____

No de licence/genre : _____

Sauts au total : _____

Sauts au total : _____

Sauts durant les derniers 12 mois : _____

Sauts durant les derniers 12 mois : _____

Nombre d'années dans le sport : _____

Nombre d'années dans le sport : _____

Voile principale : _____

Voile principale : _____

Nombre de sauts avec cette voile : _____

Nombre de sauts avec cette voile : _____

Nombre de sauts avec ce sac/harnais : _____

Nombre de sauts avec ce sac/harnais : _____

Voile de secours : _____

Sac/harnais : _____

AAD : non oui modèle : _____

RSL : non oui : modèle : _____

Protection de la tête : non oui

Genre : _____

Blessure(s) : _____

Traitement : oui (ambulatoire stationnaire)

Voile de secours : _____

Sac/harnais : _____

AAD : non oui modèle : _____

RSL : non oui : modèle: _____

Protection de la tête : non oui

Genre : _____

Blessure(s) : _____

Traitement : oui (ambulatoire stationnaire)

Programme de saut : _____

Exécution : _____

Observateurs/témoins : oui (indiquer les coordonnées!) non

No. 1

No. 2

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Rue/no.: _____

Rue/no.: _____

CP/lieu : _____

CP/lieu : _____

E-Mail : _____

E-mail : _____

Tél. privé : _____

Tél. privé : _____

Tél prof : _____

Tél prof : _____

Tél portable : _____

Tél portable : _____

