



Annonce d'accident nécessitant une hospitalisation

02-01f-a

Valable dès : juin 2023

Approuvé par le comité de Swiss Skydive

page 1 de 3

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

Date : _____

Heure : _____

Lieu : _____

École/centre : _____

Direction du vent : _____ Force du vent : _____ m/sec (laminaire turbulent)

Nébulosité/Météo en général : _____

Type d'incident (plusieurs possibilités)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ouverture secours | <input type="checkbox"/> Sauvetage AAD (Cypres) | <input type="checkbox"/> Tandem |
| <input type="checkbox"/> Blessure | <input type="checkbox"/> Accident mortel | <input type="checkbox"/> École |
| <input type="checkbox"/> Collision en chute libre | <input type="checkbox"/> Collision sous voile | <input type="checkbox"/> Accident à l'atterrissage |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

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"/> Élève |
| <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(s) concernée(s)

1

2

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Rue/n° : _____

Rue/n° : _____

CP/lieu : _____

CP/lieu : _____

Mail : _____

Mail : _____

Tél. privé : _____

Tél. privé : _____

Tél prof : _____

Tél prof : _____

Date de naissance : _____

Date de naissance : _____

Sexe : femme homme

Sexe : femme homme

N° de licence/genre : _____

N° 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 : _____

Parachute principal : _____

Parachute principal : _____

Nombre de sauts avec ce parachute : _____

Nombre de sauts avec ce parachute : _____

Nombre de sauts avec ce harnais : _____

Nombre de sauts avec ce harnais : _____

Parachute de secours : _____

Harnais : _____

AAD : non oui modèle : _____

RSL : non oui modèle : _____

Protection de la tête : non oui

Genre : _____

Blessure(s) : _____

Traitement : oui (ambulatoire stationnaire)

Parachute de secours : _____

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

1

Nom : _____

Prénom : _____

Rue/n° : _____

Tél. privé : _____

Tél prof : _____

Tél portable : _____

Date de naissance : _____

2

Nom : _____

Prénom : _____

Rue/n° : _____

Tél. privé : _____

Tél prof : _____

Tél portable : _____

Date de naissance : _____

Description de l'incident par les témoins
