

Petit bassin de natation utilisant du Chlore seul : Formulaire de déclaration d'accident corporel

Annexe 2 de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 13 juin 2013 déterminant les conditions intégrales relatives aux bassins de natation couverts et ouverts utilisés à un titre autre que purement privatif dans le cadre du cercle familial lorsque la surface est inférieure ou égale à 100 m² ou la profondeur inférieure ou égale à 40 cm, utilisant exclusivement le chlore comme procédé de désinfection de l'eau (M.B. 12.07.2013)

FORMULAIRE A

Nom de la piscine :
Rue :
Code Postal :
Localité :
Téléphone :
Fax :
Email :
Nom du Directeur :
Type d'institution : Ecole - Piscine seule - Complexe sportif avec piscine

FICHE D'ACCIDENT EN PISCINE

- Accident corporel -

Date :/...../.....	Heure :	Lieu :
<u>Personne accidentée</u>		
Nom :	Prénom :	Tél. :/.....
Adresse :		
Age :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Individuel :	Groupe :	
<u>Responsable de l'encadrement</u> : Nom : Prénom :		
Forme d'accident	Type d'infrastructure impliquée	
<input type="checkbox"/> Dans l'eau <input type="checkbox"/> Noyade (issue favorable ou non) <input type="checkbox"/> Contact avec infrastructure <hr/> <input type="checkbox"/> Contact avec autre usager <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Hydrocution <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Escalier sous eau <input type="checkbox"/> Carrelage <input type="checkbox"/> Echelle/main courante <input type="checkbox"/> Ligne de nage ou corde <input type="checkbox"/> Grille <input type="checkbox"/> Structure flottante <input type="checkbox"/> Toboggan <input type="checkbox"/> Plongeoir <input type="checkbox"/> Plot de départ / bord <input type="checkbox"/> Autres :	

Forme d'accident		Type d'infrastructure impliquée	
<input type="checkbox"/> Hors de l'eau (mais dans le hall du bassin)			
<input type="checkbox"/> Glissade/chute sur sol sec		<input type="checkbox"/> Structure sous toboggan	
<input type="checkbox"/> Glissade/chute sur sol mouillé		<input type="checkbox"/> Escalier	
<input type="checkbox"/> Contact avec infrastructure		<input type="checkbox"/> Carrelage/maçonnerie	
<input type="checkbox"/> Contact avec autre usager		<input type="checkbox"/> Colonne	
<input type="checkbox"/> Malaise		<input type="checkbox"/> Banc	
<input type="checkbox"/> Autres :		<input type="checkbox"/> Echelle/main courante	
		<input type="checkbox"/> Portes	
		<input type="checkbox"/> Toboggan	
		<input type="checkbox"/> Plongeoir	
		<input type="checkbox"/> Plot de départ / bord	
		<input type="checkbox"/> Pédiluve	
		<input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/> Autre endroit	<input type="checkbox"/> Douche	<input type="checkbox"/> Toilettes	<input type="checkbox"/> Hall d'entrée
	<input type="checkbox"/> Cafétéria	<input type="checkbox"/> Vestiaire	<input type="checkbox"/> Tribune
	<input type="checkbox"/> Autres :		
<input type="checkbox"/> Glissade/chute sur sol sec		<input type="checkbox"/> Escalier	
<input type="checkbox"/> Glissade/chute sur sol mouillé		<input type="checkbox"/> Porte	
<input type="checkbox"/> Contact avec infrastructure		<input type="checkbox"/> Armoire	
<input type="checkbox"/> Contact avec autre usager		<input type="checkbox"/> Cabine vestiaire	
<input type="checkbox"/> Malaise		<input type="checkbox"/> Carrelage/maçonnerie	
<input type="checkbox"/> Appareil électrique		<input type="checkbox"/> Autres :	

Types de lésions	<input type="checkbox"/> Décès par noyade	<input type="checkbox"/> Début de noyade	<input type="checkbox"/> Brûlure
	<input type="checkbox"/> Décès par autre cause	<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Contusion
	<input type="checkbox"/> Lésion aux yeux	<input type="checkbox"/> Piqûre	<input type="checkbox"/> Autres :
	<input type="checkbox"/> Intoxication	<input type="checkbox"/> Lésions cutanées	



Interventions	interne	<input type="checkbox"/> Réanimation pulmonaire
		<input type="checkbox"/> Réanimation cardio-pulmonaire
	d'un service extérieur	<input type="checkbox"/> 112
		<input type="checkbox"/> Médecin de garde
		<input type="checkbox"/> Autre service médical
	clôture	<input type="checkbox"/> Départ victime par Service 112
		<input type="checkbox"/> Départ victime par propres moyens
		<input type="checkbox"/> Autre

Nom : Fonction : Date :/...../..... Signature

Partie à remplir par le Directeur

Mesures de prévention adoptées ou à adopter	
<input type="checkbox"/> Modification d'organisation du travail	<input type="checkbox"/> Renforcement surveillance
<input type="checkbox"/> Modification d'infrastructure	<input type="checkbox"/> Rappel des consignes
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Autres :
Notes/remarques complémentaires (voir annexe) notamment relatives aux mesures prises ou à prendre en matière d'organisation, de prévention, ...	

Nom : Date :/...../..... Signature :

