



Service public  
de Wallonie

## Petit bassin de natation utilisant un autre désinfectant que le chlore : Formulaire de déclaration d'accident corporel

Annexe 2 de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 13 juin 2013 déterminant les conditions sectorielles 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 m<sup>2</sup> ou la profondeur inférieure ou égale à 40 cm utilisant un procédé de désinfection autre que le chlore ou en combinaison avec du chlore (M.B. 12.07.2013)

### ANNEXE 2

#### 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 : .....
Personne accidentée		
Nom : .....	Prénom : .....	
Adresse : .....		Tél. : ...../.....
Age : .....	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Individuel : .....	Groupe : .....	
Responsable de l'encadrement : Nom : .....	Prénom : .....	
Forme d'accident	Type d'infrastructure impliquée	
<input type="checkbox"/> <u>Dans l'eau</u> <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"/> <b>Hors de l'eau</b> (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"/> Plongoir	
		<input type="checkbox"/> Plot de départ / bord	
		<input type="checkbox"/> Pédiluve	
		<input type="checkbox"/> Autres : .....	
<input type="checkbox"/> <b>Autre endroit</b>	<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 : .....	
<b>Types de lésions</b>	<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	
<b>Interventions</b>	<b>interne</b>	<input type="checkbox"/> Réanimation pulmonaire	
		<input type="checkbox"/> Réanimation cardio-pulmonaire	
	<b>d'un service extérieur</b>	<input type="checkbox"/> 112	
		<input type="checkbox"/> Médecin de garde	
		<input type="checkbox"/> Autre service médical	
	<b>clôture</b>	<input type="checkbox"/> Départ victime par Service 112	
		<input type="checkbox"/> Départ victime par propres moyens	
		<input type="checkbox"/> Autre	



**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 : .....

