



- 1- **PDF REMPLISSABLE**: Renseignez les champs vides sur votre ordinateur.
2- **Imprimez la feuille complétée (2 pages)**, datez et signez à la main la déclaration, pensez à conserver un double.
3- **Renvoyez la déclaration par mail** à bureau@snapec.org en scannant les deux pages + copie de votre attestation d'assurance.
N.B. Il s'agit de la nouvelle procédure à compter de 2016. Nous nous chargeons de transmettre à l'assureur après relecture.
Une confirmation mail vous sera systématiquement fournie.

MONITEUR ADHERENT	Nom	<input type="text"/>	Expérience	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	N° d'Adhérent SNAPEC	<input type="text"/>
ACCIDENT	Date	<input type="text"/>	Activité	<input type="text"/>
	Commune	<input type="text"/>	Site	<input type="text"/>
	Code Postal	<input type="text"/>	Secteur / Obstacle	<input type="text"/>
	Public	<input type="checkbox"/> Individuels	<input type="checkbox"/> Accueil Collectif de Mineurs	<input type="checkbox"/> Collectivité Adultes
	Conditions Météo	<input type="text"/>		
	Conditions de pratique	<input type="text"/>		

Nombre de Victimes

(ex : normale... / beaucoup d'eau / météo incertaine./ beaucoup de monde..)

Que s'est-il passé avant l'accident ? (Prise en main, Consignes, etc...)

Que s'est il passé au moment de l'accident ?

EXTRACTION	Alerte	<input type="text"/>	Par quel moyen ?	<input type="text"/>
	Intervention	<input type="text"/>	Évacuation	<input type="text"/>
	Heure de l'accident	<input type="text"/>	Heure de l'alerte	<input type="text"/>
	Heure de la fin de l'intervention	<input type="text"/>	Heure d'arrivée des secours	<input type="text"/>
		Durée Totale	<input type="text"/>	

Vos remarques et impressions

Fait à : Le :

Signature manuscrite (j'atteste l'exactitude des informations ci-dessus)



RAPPEL	NOM du Moniteur	<input type="text"/>	DATE de l'Accident	<input type="text"/>
---------------	-----------------	----------------------	--------------------	----------------------

VICTIME N° <input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Nationalité	<input type="text"/>
---	-----	----------------------	--------	----------------------	-------------	----------------------

Age : ans. Sexe homme femme

Expérience dans l'activité

Adresse CP

Téléphone Email

Blessure Siège Gravité Apparente

Détails lésion (localisation précise, apparence,...)

Commentaires à propos de la victime

VICTIME N° <input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Nationalité	<input type="text"/>
---	-----	----------------------	--------	----------------------	-------------	----------------------

Age : ans. Sexe homme femme

Expérience dans l'activité

Adresse CP

Téléphone Email

Blessure Siège Gravité Apparente

Détails lésion (localisation précise, apparence,...)

Commentaires à propos de la victime

Fait à : Le :

Signature manuscrite (j'atteste l'exactitude des informations ci-dessus)