



Rapport d'incident

02-01f

Valable dès : Janvier 2008

Approuvé par le comité de Swiss Skydive

Page 1 de 3

Date : _____

Heure : _____

Lieu : _____

Ecole/centre : _____

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

Nébulosité/météo en général : _____

Genre d'incident : (plusieurs possibilités)

- Ouverture de voile de secours Sauvetage AAD (Cypres) Tandem
 Blessure Accident ayant entraîné la mort Ecolage
 Collision en chute libre Collision sous voile Accident d'atterrissage

Genre de personne concernée : (plusieurs possibilités)

- Détenteur d'une licence suisse Détenteur d'une licence étrangère
 Saut d'initiation PAC Saut d'initiation automatique Elève
 Pilote tandem Passager tandem Instructeur
 SPHAIR _____ _____

Personne concernée : No 1

Nom : _____
Prénom : _____
Rue/no : _____
CP/lieu : _____
E-mail : _____
Tél. privé : _____
Tél. prof : _____
Date de naissance : _____
Sexe : femme homme
No de licence/genre : _____
Sauts au total : _____
Sauts durant les derniers 12 mois : _____
Nombre d'années dans le sport : _____
Voile principale : _____
Nombre de sauts avec cette voile : _____
Nombre de sauts avec ce sac/harnais : _____
Voile de secours : _____

No 2

Nom : _____
Prénom : _____
Rue/no : _____
CP/lieu : _____
E-mail : _____
Tél. privé : _____
Tél. prof : _____
Date de naissance : _____
Sexe : femme homme
No de licence/genre : _____
Sauts au total : _____
Sauts durant les derniers 12 mois : _____
Nombre d'années dans le sport : _____
Voile principale : _____
Nombre de sauts avec cette voile : _____
Nombre de sauts avec ce sac/harnais : _____
Voile de secours : _____

Sac/harnais : _____

AAD : oui non Modèle : _____

RSL : oui non _____

Protection de la tête : oui non

Genre : _____

Blessure(s) : _____

Traitement : oui (ambulatoire stationnaire)

Sac/harnais : _____

AAD : oui non Modèle : _____

RSL : oui non _____

Protection de la tête : oui non

Genre : _____

Blessures : _____

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 : _____

Date de naissance : _____

Date de naissance : _____

Description de l'incident par les témoins :
