



Notification d'incident/accident ferroviaire

Administration des enquêtes techniques

notification initiale

information(s) complémentaire(s)

| | | |
|--|---|---|
| Concerne: <input style="width:90%;" type="text"/> | | <p>Important: En cas d'accident grave, veuillez contacter immédiatement l'Administration des enquêtes techniques (AET)!</p> <p>Chaque utilisateur de l'infrastructure impliqué dans l'événement doit renvoyer sans retard cette notification par courriel ou par fax à l'AET, même si certaines informations sont encore manquantes!</p> <p>Coordonnées AET: 5, rue Auguste Lumière L-1950 Luxembourg B.P.1388 L-1013 Luxembourg Permanence 24/7: (+352) 247-84404 Email: info@aet.etat.lu Fax: (+352) 247-94404</p> <p>Date et heure de l'événement: date: <input style="width:40px;" type="text"/> / <input style="width:40px;" type="text"/> heure: <input style="width:40px;" type="text"/> : <input style="width:40px;" type="text"/></p> <p>Type de voie: <input style="width:100%;" type="text"/></p> <p>Nombre de voies <input style="width:40px;" type="text"/></p> <p>Passager(s) à bord : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Marchandise(s) dangereuse(s) à bord: <input type="checkbox"/> oui <input style="width:60px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> non</p> |
| Nom, fonction et employeur du rapporteur: <input style="width:150px;" type="text"/> <input style="width:150px;" type="text"/> <input style="width:150px;" type="text"/> | | |
| Tel: <input style="width:150px;" type="text"/> Email: <input style="width:250px;" type="text"/> | | |
| Données de l'incident/accident : | | |
| | 1 ^{er} train/ engin | 2 ^{ème} train /engin <small>(à remplir le cas échéant)</small> |
| Utilisateur de l'infrastructure | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Certif./Agrément de sécurité | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Numéro train | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| N° licence du conducteur | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Type engin moteur | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Numéro engin moteur | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Nombre de véhicules remor. | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Type de véhicule(s) | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Lieu d'origine- de destinat. | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Type de mouvement | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Vitesse convoi admise [km/h] | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Distance d'arrêt réelle [m] | <input style="width:100%;" type="text"/> | <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Lieu de l'accident/incident (Lieu et point kilométrique) | <input style="width:100%;" type="text"/> | Type de lieu <input style="width:100%;" type="text"/> |
| Dommmages corporels : | | |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |
| <small>a remplir le cas échéant</small> morts: blessés légers: blessés graves: | <i>passagers</i> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> | <i>personnel</i> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> |
| | <i>usagers passage à niveau</i> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> | <i>personnes non autorisées</i> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> |
| | <i>autres</i> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> <input style="width:40px;" type="text"/> | |
| Dégâts matériels : | | |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |
| Estimation du coût des dégâts: <input style="width:150px;" type="text"/> | | |
| <input type="radio"/> Matériel roulant <input type="radio"/> Infrastructure <input type="radio"/> Environnement <input type="radio"/> Tierce personne <input type="radio"/> Autre: <input style="width:100px;" type="text"/> | | |
| <small>a remplir le cas échéant</small> | | |

Description et récit succinct de l'incident/accident ferroviaire:

Type d'évènement:

Constat important:

Premières constatations (observation(s), cause(s) probable(s), facteur(s) humain(s), facteur(s) contributif(s),...):

Conséquences et mesures prises :

Instances présentes ou avisées:

| | Présente | Avisée | Nom/fonction | | Présente | Avisée | Nom/fonction |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Police | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Délégué du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Police technique judiciaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Astreinte UI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| SAMU/ Protection civile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | Astreinte GI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Pompiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| AET | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| ITM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| AAA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Un rapport détaillé sera rédigé * :

oui, par:

non

Déclarant

Nom :

Date de rédaction:

Signature