



**DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA M.D.S. DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE**

(établie par le blessé, elle doit être contresignée par un responsable du club)

**LES ZONES SUIVIES D'UNE (\*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

**IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (\*)**

NOM ET ADRESSE DU CLUB (\*) : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CORRESPONDANT (\*) : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : | | | | | | | | | |

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

**CE CLUB EST-IL AFFILIÉ AUPRÈS (\*) - D'UNE LIGUE**  OUI  NON (si oui préciser laquelle) : \_\_\_\_\_

- **D'UNE FÉDÉRATION**  OUI  NON (si oui préciser laquelle) : \_\_\_\_\_

(joindre impérativement copie de la licence en cours)

**CE CLUB EST-IL ADHÉRENT DIRECT DE LA MUTUELLE (\*)** (si oui indiquer le N° de contrat) \_\_\_\_\_

OUI  NON

**LE BLESSÉ EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE TYPE SPORMUT OU AUTRE (\*) :**

OUI  NON

Si oui : Nom et Numéro du contrat : \_\_\_\_\_

**NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ : (\*)** | | | | | | | | | |

**ADRESSE (\*) :** N° | | | | | Rue | | | | | | | | | |

Ville | | | | | | | | | | CODE POSTAL | | | | |

Bureau distributeur : | | | | | | | | | | N° TÉLÉPHONE : | | | | | | | | | |

**PROFESSION DU BLESSÉ :** \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire ou universitaire : \_\_\_\_\_

**RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE (\*) :**

Le blessé est-il ASSURÉ SOCIAL  TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERÇANT

AUTRE  : \_\_\_\_\_ N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

NON ASSURÉ SOCIAL  (préciser la raison) \_\_\_\_\_

**RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE (\*) :**  OUI  NON

Nom de cette mutuelle ou organisme assureur : \_\_\_\_\_ N° de Contrat : \_\_\_\_\_

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur : \_\_\_\_\_

**L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (\*) :**  d'un trajet  d'un entraînement  d'une compétition  de ligue  
 de district  autre  autre cas (à préciser) : \_\_\_\_\_

**DATE DE L'ACCIDENT (\*)** | | | | | | | | | | **HEURE (\*)** | | | | |

**LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (\*) :** \_\_\_\_\_ | | | |

**SEXE DU BLESSÉ**  (1 = MASCULIN - 2 = FÉMININ) **DATE DE NAISSANCE (\*) :** | | | | | | | | | |

**SPORT OU ACTIVITÉ PRATiqué AU MOMENT DE L'ACCIDENT (\*) :** \_\_\_\_\_

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (\*) : \_\_\_\_\_

NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS EN PRÉSENCE (\*) : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du premier témoin (\*) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du second témoin : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Noms et adresses des autres personnes impliquées dans l'accident : \_\_\_\_\_

A-t-il été établi un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités locales, précisant les circonstances de l'accident ?  OUI  NON

Dans l'affirmative, en communiquer les coordonnées : \_\_\_\_\_

Le blessé a-t-il été hospitalisé :  OUI  NON

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ LE JOUR DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE LA M.D.S., DEVRA COMPORTER LES MENTIONS SUIVANTES (\*) :**

- DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL,
- DATE DE L'ACCIDENT,
- NATURE ET SIÈGE DES BLESSURES,
- DURÉE DE L'INCAPACITÉ SPORTIVE MINIMUM,
- DURÉE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL, S'IL Y A LIEU.

**EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE DE LENTILLES, IL CONVIENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES ACTIVITÉS SPORTIVES.**

**S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :**

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

Bureau distributeur : \_\_\_\_\_ N° TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du Blessé :

Signature du correspondant  
et cachet du club :

**En cas de rapatriement de plus de 50 kilomètres, téléphonez à :**

**M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70**

**(International : +33 1 45 16 65 70)**

(\*) A remplir obligatoirement.