



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)

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

IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (*)

NOM ET ADRESSE DU CLUB (*): AC Chapelain Stade du Buisson de la Grolle
44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE

ADRESSE DU CORRESPONDANT (*): M. Paul CAVRET, 8 rue de la Rosse à Daine

TÉLÉPHONE: 0 2 4 0 7 2 5 4 4 6

CODE POSTAL: 44240 VILLE: LA CHAPELLE SUR ERDRE

CE CLUB EST-IL AFFILIÉ AUPRÈS (*) - D'UNE LIGUE OUI NON (si oui préciser laquelle): Ligue Atlantique de Football

- D'UNE FÉDÉRATION OUI NON (si oui préciser laquelle): Fédération Française de Football (FFF)

(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 cas (à préciser): _____ autre

DATE DE L'ACCIDENT (*) ____ ____ ____ HEURE (*) ____ ____

LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (*) : _____ ____

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

SPORT OU ACTIVITÉ PRATQUÉ 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 :

le secrétaire
Serru



En cas d'assistance, téléphonez à :
M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70
(International : +33 1 45 16 65 70)