

DÉCLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

À COMPLÉTER ET À RETOURNER AU CABINET LAFONT **SOUS 5 JOURS**

STRUCTURE ENCADRANTE	LA VICTIME
<p>N° affiliation FFRXIII :</p> <p>Nom de la structure : </p> <p>Adresse : </p> <p>Adresse mèl :</p> <p>Tel :</p>	<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Profession :</p> <p>Adresse mèl :</p> <p>Téléphone :</p> <p>N° de licence fédérale :</p> <p>ASSURANCE INDIVIDUELLE COMPLÉMENTAIRE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><u>Loisir</u> : Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 <input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/></p> <p><u>Compétition</u> : Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 <input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/></p> <p><u>Professionnels et Equipe de France</u> : Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 <input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/></p> <p>Catégorie de joueur :</p>
L'AUTEUR DU SINISTRE	L'ACCIDENT
<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date et lieu de naissance :</p> <p>.....</p> <p>N° de licence fédérale :</p> <p>N° d'affiliation du club :</p> <p>Adresse : </p> <p>Adresse mèl :</p> <p>Téléphone :</p>	<p>Date : Heure :</p> <p>Lieu de l'accident :</p> <p>Code postal :</p> <p>Nature de la manifestation : <input type="checkbox"/> Entraînement <input type="checkbox"/> Match Amical <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p><input type="checkbox"/> Pass' XIII Découverte :</p> <p>.....</p> <p>Procès Verbal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>N° de PV :</p> <p>Établi par :</p> <p>.....</p>

CIRCONSTANCES ET CAUSES :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS SUR LA VICTIME :

Nom : Prénom : Profession :
Date et lieu de naissance :
Situation familiale : Marié Célibataire Autre Nombre d'Enfants :
Affilié à la Sécurité Sociale : Oui Non
N° d'immatriculation :
et/ou à un autre organisme : _ Oui _ Non
Dénomination :
Référence :
Blessures :
Lésions et / Dommages Matériels :
.....
Durée de l'arrêt de travail :
Premier médecin consulté :
Adresse et N° de téléphone du médecin:

LES TÉMOINS :

1° - Nom : Prénom : N° de licence :
Téléphone : Adresse mèl :
Adresse :
.....
2° - Nom : Prénom : N° de licence :
Téléphone : Adresse mèl :
Adresse :
.....

LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE ENCADRANTE :

Nom : Prénom : N° de licence :
Qualité : Adresse mèl :
Adresse :
.....
Fait à : Le : **SIGNATURE**