



DÉCLARATION D'ACCIDENT

7 Ter, Cour des Petites Ecuries
75010 PARIS
Téléphone : 01 48 01 24 48
Télécopie : 01 47 70 16 07

A RENVoyer DANS LES 5 JOURS A LA FEDERATION

N° du contrat 8T215000

CETTE DECLARATION D'ACCIDENT, ETABLIE PAR LE BLESSE, DOIT ETRE CONTRESIGNEE PAR UN RESPONSABLE DU CLUB

IDENTITE DU BLESSE :

NOM ET PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

BUREAU DISTRIBUTEUR

N° TELEPHONE

N° LICENCE FFG :

joindre impérativement photocopie de la licence

DATE DE NAISSANCE

SEXE DU BLESSE : Masculin Féminin

PROFESSION DU BLESSE

Le blessé effectue-t-il son service militaire au moment de l'accident : OUI NON

REGIME DE PREVOYANCE :

Le blessé est-il ASSURE SOCIAL TRAVAILLEUR INDEPENDANT OU COMMERÇANT ETUDIANT

AUTRE N° d'immatriculation

NON ASSURE SOCIAL (en préciser la raison)

REGIME COMPLEMENTAIRE: le blessé a-t-il une mutuelle ? OUI NON

Nous préciser : Le nom de cette mutuelle

Adresse de la mutuelle

Autre assurance personnelle

IDENTIFICATION DU CLUB :

NOM DU CLUB

N° TELEPHONE

EMAIL

ADRESSE DU CORRESPONDANT

CODE POSTAL

VILLE

Autre assurance du club :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

DATE

HEURE

LIEU ET DEPARTEMENT

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS : d'un entraînement d'une séance de préparation physique
d'une compétition d'un échauffement avant compétition

aucun rapport avec exercice gymnique trajet autre

AGRES OU ENGIN CONCERNE:

MOUVEMENT EFFECTUE (précisez si entrée, sortie, etc)

QUELLE GARANTIE OPTIONNELLE AVEZ-VOUS CHOISIE: Indemnités journalières
Option de base
Option 1
Option 2

IDENTIFICATION DU BLESSE :

GYMNASTE GAM TRAMPOLINE TUMBLING GAF GR AEROBIC ACROSPORT GFL

NIVEAU DE PRATIQUE CLUB DEPARTEMENT REGIONAL
NATIONAL INTERNATIONAL

DIRIGEANT

IDENTIFICATION DES BLESSURES :

ZONE, MEMBRE OU ARTICULATION CONCERNES: NATURE DES BLESSURES :

fracture luxation entorse plaie contusion
autre précisez :

TRAITEMENT PROPOSE hospitalisation immobilisation chirurgie
autre précisez :

DUREE DE L'ARRET DE TRAVAIL OU SCOLAIRE :

NOM ET ADRESSE DES TEMOINS :

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF DES BLESSURES

TOUTE DECLARATION D'ACCIDENT NON ACCOMPAGNEE D'UN CERTIFICAT MEDICAL D'ORIGINE NE POURRA ETRE ENREGISTREE

**En cas de rapatriement au domicile du bénéficiaire, et préalablement à toute intervention, téléphoner à
ELVIA ASSISTANCE au 01 42 99 03 99
en mentionnant le numéro de contrat "105 064".**

Deux accusés de réception de la déclaration seront envoyés au Club qui remettra un exemplaire au blessé.

Signature du blessé

Signature du responsable du Club