



DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA MDS, 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 (*)

NUMÉRO D'AFFILIATION DU CLUB (*) : _____

NOM ET ADRESSE DU CLUB (*) : _____

NOM ET ADRESSE DU CORRESPONDANT (*) : _____

TÉLÉPHONE : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT COPIE DE LA LICENCE EN COURS

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 : | | | | | | | | | | | |

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

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 (*) : _____ | | | |

SPORT OU ACTIVITÉ PRATIQUÉ AU MOMENT DE L'ACCIDENT (*) : _____

SUITE CI-CONTRE →

