



DECLARATION D'ACCIDENT



A envoyer par mail dans les 15 jours :
risques.specifiques@gmf.fr et copie service_grands_comptes@gmf.fr

INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LE GROUPEMENT SPORTIF

Est-ce : une association un comité départemental un comité régional une ligue la fédération

Dénomination -----

Adresse : N° ----- Rue -----

Lieu-dit ----- Code postal Commune -----

NOM du responsable ----- Prénom -----

Son adresse -----

☎ ----- Fax -----

INFORMATIONS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date Heure Lieu -----

*L'accident s'est produit au cours : d'un entraînement d'une compétition d'un trajet d'une réunion

*NATURE DE L'ACTIVITÉ PRATQUÉE -----

* CIRCONSTANCES ET CAUSES DE L'ACCIDENT

* TÉMOINS

NOM ----- Prénom ----- Adresse ----- ----- ----- Signature :	NOM ----- Prénom ----- Adresse ----- ----- ----- Signature :
---	---

* AUTEUR DE L'ACCIDENT AVEC TIERS IDENTIFIÉ

NOM ----- Prénom -----

• N° de licence F.S.P.N. -----

• Est-il licencié d'une autre fédération ? OUI NON Si **OUI**, Nom de la fédération -----

Adresse ----- N° de licence -----

Signature :

INFORMATIONS CONCERNANT LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS



- Pour chaque personne concernée, joindre une annexe le cas échéant.
- Joindre le certificat initial du médecin.

<p>▪ NOM du licencié blessé _____</p> <p>Prénom _____ Sexe _____</p> <p>Date de naissance _____</p> <p>N° de licence F.S.P.N. _____</p> <p>Profession _____</p> <p>Nom et adresse de l'employeur _____</p> <p>_____</p> <p>▪ Le blessé est-il :</p> <p>• affilié à la Sécurité Sociale ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, n° d'immatriculation _____</p> <p>• affilié à une mutuelle complémentaire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, Nom de la mutuelle _____</p> <p>N° d'immatriculation _____</p> <p>• bénéficiaire d'une autre assurance ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, Nom de la société _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>N° du contrat _____</p> <p>• licencié d'une autre fédération ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, Nom de la fédération _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>N° de licence _____</p> <p>▪ Nature et siège des blessures _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>▪ Médecin consulté _____</p> <p>▪ Lieu d'hospitalisation _____</p> <p>Signature :</p>	<p>▪ NOM du licencié blessé _____</p> <p>Prénom _____ Sexe _____</p> <p>Date de naissance _____</p> <p>N° de licence F.S.P.N. _____</p> <p>Profession _____</p> <p>Nom et adresse de l'employeur _____</p> <p>_____</p> <p>▪ Le blessé est-il :</p> <p>• affilié à la Sécurité Sociale ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, n° d'immatriculation _____</p> <p>• affilié à une mutuelle complémentaire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, Nom de la mutuelle _____</p> <p>N° d'immatriculation _____</p> <p>• bénéficiaire d'une autre assurance ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, Nom de la société _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>N° du contrat _____</p> <p>• licencié d'une autre fédération ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, Nom de la fédération _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>N° de licence _____</p> <p>▪ Nature et siège des blessures _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>▪ Médecin consulté _____</p> <p>▪ Lieu d'hospitalisation _____</p> <p>Signature :</p>
---	---

LA CONVOCATION A L'ACTIVITE FSPN DOIT ETRE JOINT A LA DECLARATION D'ACCIDENT

Date : _____

Nom : _____

Signature :