



DECLARATION D'ACCIDENT



FEDERATION SPORTIVE DE LA POLICE NATIONALE

75 Rue Denis Papin - 93500 PANTIN / ☎ : 01.57.14.21.36 - ☎ : 01.47.71.16.40

A envoyer dans les 15 jours :
A.I.S. GMF - Risques Spécifiques

148 Rue Anatole France - 92597 LEVALLOIS PERRET CEDEX

→ **Toutes les déclarations d'accident doivent transiter par le siège de la ligue compétente.**

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 PRATIQUÉE _____

CIRCONSTANCES ET CAUSES DE L'ACCIDENT

TÉMOINS

| | |
|--|--|
| NOM _____ Prénom _____ Adresse _____ _____ | NOM _____ Prénom _____ Adresse _____ _____ |
| Signature : _____ | 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.

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

Le Secrétaire Général de la ligue compétente atteste que le sinistre des personnes concernées a été occasionné lors d'une activité de la F.S.P.N.

Date : _____

Nom : _____

Signature :

Cachet de la ligue