



## 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 PRATQUÉE** \_\_\_\_\_

#### CIRCONSTANCES ET CAUSES DE L'ACCIDENT

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### TÉMOINS

<b>NOM</b> _____ Prénom _____ Adresse _____ _____  <b>Signature :</b> _____	<b>NOM</b> _____ Prénom _____ Adresse _____ _____  <b>Signature :</b> _____
--	--

#### 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><b>NOM</b> 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"/> Si <b>OUI</b>, n° d'immatriculation _____</p> <p>• affilié à une mutuelle complémentaire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, Nom de la mutuelle _____ N° d'immatriculation _____</p> <p>• bénéficiaire d'une autre assurance ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, Nom de la société _____ Adresse _____ N° du contrat _____</p> <p>• licencié d'une autre fédération ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, Nom de la fédération _____ Adresse _____ N° de licence _____</p> <p>Nature et siège des blessures _____ _____ _____</p> <p>Médecin consulté _____</p> <p>Lieu d'hospitalisation _____</p> <p><b>Signature :</b></p>	<p><b>NOM</b> 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"/> Si <b>OUI</b>, n° d'immatriculation _____</p> <p>• affilié à une mutuelle complémentaire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, Nom de la mutuelle _____ N° d'immatriculation _____</p> <p>• bénéficiaire d'une autre assurance ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, Nom de la société _____ Adresse _____ N° du contrat _____</p> <p>• licencié d'une autre fédération ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si <b>OUI</b>, Nom de la fédération _____ Adresse _____ N° de licence _____</p> <p>Nature et siège des blessures _____ _____ _____</p> <p>Médecin consulté _____</p> <p>Lieu d'hospitalisation _____</p> <p><b>Signature :</b></p>
--	--

**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