



DECLARATION D'ACCIDENT



Contrat N° : 078910.050U

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 PRATiquÉE _____

CIRCONSTANCES ET CAUSES DE L'ACCIDENT

TEMOINS

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.

▪ **NOM** du licencié blessé _____ Prénom _____

Sexe _____ Date de naissance _____ N° de licence F.S.P.N. _____

Adresse _____

N° de téléphone _____ Mail _____

Profession _____

Nom et adresse de l'employeur _____

▪ Le blessé est-il :

- titulaire du contrat licence complémentaire X078910.047R OUI ☐ NON ☐
- affilié à la Sécurité Sociale ? OUI ☐ NON ☐ Si **OUI**, n° d'immatriculation _____
- affilié à une mutuelle complémentaire ? OUI ☐ NON ☐ Si **OUI**, Nom de la mutuelle _____

N° d'immatriculation _____

- bénéficiaire d'une autre assurance ? OUI ☐ NON ☐ Si **OUI**, Nom de la société _____

Adresse _____

N° du contrat _____

- licencié d'une autre fédération ? OUI ☐ NON ☐ Si **OUI**, Nom de la fédération _____

Adresse _____

N° de licence _____

▪ Nature et siège des blessures _____

▪ Médecin consulté _____

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

Date : _____

Nom : _____

Signature :