

A faire dans les 5 jours après l'accident

En cas de déclaration d'accident,
prévenir le secrétariat
administratif

06 89 98 36 61

(SMS ou what's app)

usbiot.secretariat@gmail.com



DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA M.D.S. DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE

(établie par le blessé, elle doit être contresignée par le responsable du club)

LES ZONES SUIVIES D'UNE (*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (*)

NOM ET ADRESSE DU CLUB (*): US BIOT FOOTBALL - CHEMIN DES COMBES

ADRESSE DU CORRESPONDANT (*): IDENTIQUE

TÉLÉPHONE: 04 93 65 05 22

CODE POSTAL: 06410 VILLE: BIOT

CE CLUB EST-IL AFFILIÉ AUPRÈS (*) - D'UNE LIGUE OUI NON (si oui préciser laquelle): _____

LIGUE MEDITERRANEE

- D'UNE FÉDÉRATION OUI NON (si oui préciser laquelle): _____

FEDERATION FRANCAISE DE FOOTBALL

(joindre impérativement copie de la licence en cours)

CE CLUB EST-IL ADHÉRENT DIRECT DE LA MUTUELLE (*) (si oui indiquer le N° de contrat) _____

OUI NON

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: _____

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
 autre cas (à préciser): _____ de district autre

DATE DE L'ACCIDENT (*) _____ HEURE (*) _____

LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (*): _____

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

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

SUITE CI-CONTRE →

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (*) : _____

NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS EN PRÉSENCE (*) : _____

Nom et adresse du premier témoin (*) : _____ Signature : _____

Nom et adresse du second témoin : _____ Signature : _____

Noms et adresses des autres personnes impliquées dans l'accident : _____

A-t-il été établi un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités locales, précisant les circonstances de l'accident ? OUI NON

Dans l'affirmative, en communiquer les coordonnées : _____

Le blessé a-t-il été hospitalisé : OUI NON

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ LE JOUR DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE LA M.D.S., DEVRA COMPORTER LES MENTIONS SUIVANTES (*) :

- DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL,
- DATE DE L'ACCIDENT,
- NATURE ET SIÈGE DES BLESSURES,
- DURÉE DE L'INCAPACITÉ SPORTIVE MINIMUM,
- DURÉE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL, S'IL Y A LIEU.

EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE DE LENTILLES, IL CONVIENTRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES ACTIVITÉS SPORTIVES.

S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :

NOM ET PRÉNOM : _____

ADRESSE : N° _____ Rue _____

Ville _____ CODE POSTAL _____

Bureau distributeur : _____ N° TÉLÉPHONE : _____

Fait à _____ le _____

Signature du Blessé :

Signature du correspondant
et cachet du club :

UNION SPORTIVE BIOTOISE
STADE PIERRE BEL
Chemin des Combes - 06410 BIOT
Tél. / Fax 04 93 65 05 22 - Fax 04 93 65 17 73



En cas d'assistance, téléphonez à :
MONDIAL ASSISTANCE : 01 42 99 08 72
(International : +33 1 42 99 08 72)