Déclaration d'accident

A retourner, sous 5 jours, à la Fédération ainsi qu'à l'assureur, par mail ou par voie postale.

Je soussigné(e) :
NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
CP : __ __ __ __ __ Ville : _____
Téléphone : ___/___/___/___/___
Mail : _____@_____
N° Sécurité Sociale : __ ___ ___ ___ ____ ____ - __
N° de licence FFP : __ __ __

L'accident :
Date : ____/____/202__
Lieu : _____
Adresse : _____
CP : __ __ __ __ __ Ville : _____
N° Affiliation FFP du site de jeux : __ ___ ___ ____
Type de pratique : ☐ Enseignement ☐ Loisir ☐ Compétition ☐ Autres

Circonstances : _____
_____
_____
_____

Présence de dommages corporels : ☐ OUI ☐ NON
Présence de certificat médical initial : ☐ OUI ☐ NON
Description brève des blessures subies :
_____
_____
_____
_____

Présence de dommages matériel : ☐ OUI ☐ NON
Description : _____
_____
_____
_____

Présence de tiers responsable : ☐ OUI ☐ NON
Coordonnées : _____
_____
_____
N° de licence (la joindre obligatoirement)

Fait le : ___/____/202__ A : _____

Cachet et signature du responsable :

Signature de la victime :

Cadre réservé
(FFP/ assureur)
Date de réception :

OBLIGATOIRE
Joindre à la présente déclaration :

1/ La copie de votre licence.

2/ Coordonnées si autre assurance :
_____
_____
_____
_____
N° du contrat :
_____
Type (barrer les mentions inutiles) :
- *Scolaire*
- *RC*
- *Autre*

Assureur :
Vidal Assurances
34 av G. Pompidou
31270 CUGNAUX
agence.vidal@axa.fr
05 62 20 95 95

N° contrat RCE :
11392091204