



Cadre réservé à la FFP

Date de Réception :

**Assureur :**

**BAYVET- BASSET / FRAVIA**

**25 place de la Madeleine**

**75008 PARIS**

**TEL : 01.42.93.39.72**

**FAX : 01.43.87.54.65**

**Obligatoire :**

**Joindre la copie  
recto/verso de votre  
licence à la présente  
déclaration**

# Déclaration d'accident

**A retourner sous 48 heures à la Fédération ainsi qu'à l'assureur**

**Je soussigné (e) :**

Nom :

Prénom :

Adresse complète :

Téléphone :

N° Sécurité Sociale :

N° Licence FFP :

**L'accident :**

Date :

Lieu :

N° Affiliation FFP du site de jeux :

Corps étranger

Déchirure

Entorse

Fracture

Luxation

Lésion

Piqûre

Plaie

Troubles auditifs

Troubles visuels

Autre :

Avant Bras

Bras

Bassin

Doigts

Coude

Cuisse

Dos

Epaule

Genou

Hanche

Main

Tête (sauf yeux)

Tronc

Thorax

Yeux

Droite

Gauche

Nom et adresse de l'établissement Hospitalier :

Circonstances :

Témoins :

Fait le :

Cachet et signature

Du responsable

A :

Signature de la victime avec la mention

« lu et approuvé »