

Ce document peut être complété directement sur notre site, www.cabinet-lafont.com

DÉCLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

À COMPLÉTER (RECTO VERSO) ET À RETOURNER AU CABINET LAFONT

LE CLUB	LA VICTIME
<p>N° affiliation F.F.E.S.S.M. :</p> <p>Nom du club :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Adresse mèl :</p>	<p>Nom :Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Adresse mail :</p> <p>N° de licence fédérale :</p> <p>Tél :</p> <p>ASSURANCE INDIVIDUELLE COMPLÉMENTAIRE :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>SI OUI : <input type="checkbox"/> Loisir 1 <input type="checkbox"/> Loisir 2 <input type="checkbox"/> Loisir 3 <input type="checkbox"/> Piscine</p> <p><input type="checkbox"/> Loisir TOP 1 <input type="checkbox"/> Loisir TOP 2 <input type="checkbox"/> Loisir TOP 3</p> <p><input type="checkbox"/> Pro basic <input type="checkbox"/> Pro 1 <input type="checkbox"/> Pro 2 <input type="checkbox"/> Pro 3</p> <p><input type="checkbox"/> Pro basic TOP <input type="checkbox"/> Pro 1 TOP <input type="checkbox"/> Pro 2 TOP <input type="checkbox"/> Pro 3 TOP</p> <p>Niveau de plongée :</p>
L'AUTEUR DU SINISTRE	L'ACCIDENT
<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date et lieu de naissance :</p> <p>.....</p> <p>N° de licence fédérale :</p> <p>N° d'affiliation du club :</p> <p>Niveau de plongée :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Adresse mail :</p>	<p>Date : Heure :</p> <p>Lieu de l'accident :</p> <p>Code postal :</p> <p>Profondeur :</p> <p>Température :</p> <p>N° de PV :</p> <p>Établi par :</p> <p>.....</p>
TYPE DE PLONGÉE PRATIQUÉE	
<p><input type="checkbox"/> Club <input type="checkbox"/> Hors Club</p> <p><input type="checkbox"/> Apnée <input type="checkbox"/> Scaphandre <input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Exploration <input type="checkbox"/> Pêche Sous-Marine <input type="checkbox"/> Hockey Subaquatique <input type="checkbox"/> Piscine</p> <p><input type="checkbox"/> Mer <input type="checkbox"/> Fosse <input type="checkbox"/> Grotte <input type="checkbox"/> Sous Glace <input type="checkbox"/> Lac <input type="checkbox"/> Carrière</p> <p><input type="checkbox"/> Étang <input type="checkbox"/> Gravière <input type="checkbox"/> Rivière <input type="checkbox"/> Autre</p>	

Ce document peut être complété directement sur notre site, www.cabinet-lafont.com

CIRCONSTANCES ET CAUSES :

.....
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENT SUR LA VICTIME :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale : Marié Célibataire Autre

Nombre d'Enfants :

Affilié à la Sécurité Sociale : Oui Non

N° d'immatriculation :

Et/ou à un autre organisme : Oui Non

Dénomination :

Référence :

Blessures - Nature et siège des lésions :
.....
.....

Durée de l'arrêt de travail :

Premier médecin consulté :

Adresse :
.....
.....

LES TÉMOINS :

1° - Nom : Prénom : N° de licence :

Niveau de plongée : Adresse mail :
.....

Adresse :

2° - Nom : Prénom : N° de licence :

Niveau de plongée : Adresse mail :
.....

Adresse :

LE RESPONSABLE DU CLUB DÉCLARANT :

Nom : Prénom : N° de licence :

Qualité : Adresse mail :
.....

Adresse :

Fait à : Le : **SIGNATURE**