



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs



**DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA LIGUE AUVERGNE RHÔNE-ALPES DE FOOTBALL
DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE—SERVICE ASSURANCES**

Pour les départements : 01, 69, 73 et 74 à LAuRAFoot—350B rue Jean Jaurès—69007 Lyon

Pour les départements : 03, 07, 15, 26, 38, 42, 43 et 63 à LAuRAFoot—ZI Bois Joli II—13 rue Bois Joli CS 20013—63808 Cournon Cedex
(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 BLESSE (*)

NOM ET ADRESSE DU CLUB (*): FOOTBALL CLUB CHARVIEU-CHAVAGNEUX
8 route de Jameyzieu - 38230 CHARVIEU-CHAVAGNEUX

ADRESSE DU CORRESPONDANT (*): Gérard TERZIAN
7 impasse St François

TÉLÉPHONE : 0 4 7 2 4 6 0 3 3 8

CODE POSTAL : 38230 VILLE : CHARVIEU-CHAVAGNEUX

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

- D'UNE FÉDÉRATION OUI NON (si oui préciser laquelle) : E.F.E.

(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
 de district autre
 autre cas (à préciser) : _____

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 (*) : FOOTBALL

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 CONVIENDRA 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 :

En cas d'assistance, téléphonez à :
M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70
(International : +33 1 45 16 65 70)