

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT * : _____

NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS CONCERNÉS * : _____

Nom et adresse du premier témoin * : _____ Signature :

Nom et adresse du second témoin * : _____ Signature :

Nom et adresse 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 À ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL À 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 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 :

<p>En cas de rapatriement de plus de 50 kilomètres, téléphonez à :</p> <p>M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70</p> <p>(International : +33 1 45 16 65 70)</p>

* A remplir obligatoirement