

MUTUELLE DES SPORTIFS

2-4, rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16 Téléphone : 01 53 04 86 20 - Fax : 01 53 04 86 87



DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA M.D.S. DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE

(établie par le blessé, elle doit être contresignée par un responsable du club)

LES ZONES SUIVIES D'UNE (*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (*) JUILLAN OM FOOTBALL	
NOM ET ADRESSE DU CLUB (*) :	
STADE FRANCK SARRABAYROUSE - RUE DES PYRENEES - 65290 JUILLAN	
ADRESSE DU CORRESPONDANT (*) :	
TÉLÉPHONE : L L L L L L L L L L L L L L L L L L	
CODE POSTAL : VILLE :	
CE CLUB EST-IL AFFILIÉ AUPRÈS (*) - D'UNE LIGUE X OUI NON (si oui préciser laquelle) :	_
- D'UNE FÉDÉRATION OUI NON (si oui préciser laquelle) :	
(joindre impérativement copie de la licence en cours)	
CE CLUB EST-IL ADHÉRENT DIRECT DE LA MUTUELLE (*) (si oui indiquer le N° de contrat)	
LE BLESSÉ EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE TYPE SPORMUT OU AUTRE (°) :	
Si oui ; Nom et Numéro du contrat :	
NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ : (*)]
ADRESSE (*): N° Rue Rue	a fi
Ville CODE POSTAL	
Bureau distributeur : Nº TÉLÉPHONE :	1
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 :	
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 :	
□ autr	district
autre cas (à préciser) :	
DATE DE L'ACCIDENT (*)	
LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (*) :	- 1
SEXE DU BLESSÉ (1 = MASCULIN - 2 = FÉMININ) DATE DE NAISSANCE (*):	
SPORT OU ACTIVITÉ PRATIQUÉ AU MOMENT DE L'ACCIDENT (°) : FOOTBALL	
SUITE CI-CONTR	E->

	
NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS CONCERNÉS (°) :	
Nom et adresse du premier témoin (°) :	Signature :
Nom et adresse du second témoin :	00 Calif Calif Calif Calif
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, précis Dans l'affirmative, en communiquer les coordonnées :	
Le blessé a-t-il été hospitalisé : OUI NON	
JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL ÉTA DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, A ADRESSER SOUS PLI CO CONSEIL DE LA M.D.S., DEVRA COMPORTER LES MENTIONS • DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL, • DATE DE L'ACCIDENT, • NATURE ET SIÈGE DES BLESSURES,	ONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECIN
 DURÉE DE L'INCAPACITÉ SPORTIVE MINIMUM, DURÉE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL, S'IL Y A LIEU. 	
 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 CONVIE	ENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE
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 CONVIE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES A	ENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE CTIVITÉS SPORTIVES.
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 CONVIE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES A S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QU	ENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE CTIVITÉS SPORTIVES.
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 CONVIE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES A S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QU NOM ET PRÉNOM:	ENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE CTIVITÉS SPORTIVES.
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 CONVIE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES A S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QU NOM ET PRÉNOM: ADRESSE: N° Rue Rue Rue	ENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE CTIVITÉS SPORTIVES.
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 CONVIE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES A S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QU NOM ET PRÉNOM: ADRESSE: N° Rue VIIIE	ENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE ICTIVITÉS SPORTIVES. JI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :
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 CONVIE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES A S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QU NOM ET PRÉNOM: ADRESSE: N° Rue Ville Ville	ENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE CTIVITÉS SPORTIVES. JI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :

En cas d'assistance, téléphonez à :

M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70 (International : +33 1 45 16 65 70)