

DÉCLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

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

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

CIRCONSTANCES ET CAUSES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS 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 mèl :

Adresse :

.....

2° - Nom : Prénom :N° de licence :

Niveau de plongée :Adresse mèl :

Adresse :

.....

LE RESPONSABLE DU CLUB DÉCLARANT

Nom : Prénom : N° de licence :

Qualité :Adresse mèl :

Adresse :

.....

Fait à : Le : **SIGNATURE**