

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 :

Nom et adresse **du premier témoin** :

NUMERO TELEPHONE :

Signature :

Nom et adresse **du second témoin** :

NUMERO TELEPHONE :

Signature :

Noms et adresses des autres personnes impliquées dans l'accident :

L'adhérent(e) a-t-il (elle) été hospitalisée : OUI NON

EXCEPTION FAITE DU BRIS DE LUNETTES OU DE LA PERTE DE LENTILLES, JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ LE JOUR DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE LA MUTUELLE DES SPORTIFS, DEVRA COMPORTER LES MENTIONS SUIVANTES :

- ◆ Date de l'examen médical,
- ◆ Date de l'accident,
- ◆ Nature et siège de la blessures,
- ◆ Durée de l'incapacité sportive minimum,
- ◆ Durée de l'arrêt de travail, s'il y a lieu.

TOUTE DÉCLARATION D'ACCIDENT NON ACCOMPAGNÉ D'UN CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL NE POURRA ÊTRE ENREGISTRÉE.

S'IL NE S'AGIT PAS DU (OU DE LA) BLESSE(E), NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :

NOM ET PRÉNOM :

ADRESSE : N° RUE

VILLE CODE POSTAL

NUMERO TELEPHONE :

BUREAU DISTRIBUTEUR :

Fait à le

Signature de l'adhérent(e) :