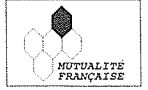


**GROUPE MDS**  
Mutuelle des Sportifs

# 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 (\*)

NOM ET ADRESSE DU CLUB (\*) : FF Jeu de Balle au Tambourin

ADRESSE DU CORRESPONDANT (\*) : 100 Chemin d'arc galtier

TÉLÉPHONE : 04 67 42 50 09

CODE POSTAL : 39150 VILLE : GIGNAC

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

- D'UNE FÉDÉRATION  OUI  NON (si oui préciser laquelle) : FFJBT

(joindre impérativement copie de la licence en cours)

CE CLUB EST-IL ADHÉRENT DIRECT DE LA MUTUELLE (\*) (si oui indiquer le N° de contrat) 457N

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 cas (à préciser) : \_\_\_\_\_  autre

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 (\*) : \_\_\_\_\_

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 CONVIENTRA 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 :

**FÉDÉRATION FRANÇAISE**  
de Jeu de Balle au Tambourin  
Résidence Eureka  
364 rue Louis Lépine 34000 MONTPELLIER  
Tél/Fax: 04 67 42 50 09 / Email: ffjbt@wanadoo.fr

En cas de rapatriement, téléphonez à :  
**M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70**  
**(International : +33 1 45 16 65 70)**