



SUITE CI-CONTRE -

## DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA LIGUE AUVERGNE RHÔNE-ALPES DE FOOTBALL DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE—SERVICE ASSURANCES

DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE—SERVICE ASSURANCES

Pour les départements : 01, 69, 73 et 74 à LAURAFoot—350B rue Jean Jaurès—69007 Lyon

Pour les départements : 03, 07, 15, 26, 38, 42, 43 et 63 à LAURAFoot—ZI Bois Joli II—13 rue Bois Joli CS 20013—63808 Cournon Cedex

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

LES ZONES SUIVIÉS D'UNE (\*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSE (\*) NOM ET ADRESSE DU CLUB (\*): ADRESSE DU CORRESPONDANT (\*): \_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ CE CLUB EST-IL AFFILIÉ AUPRÈS (\*) - D'UNE LIGUE 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) 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 \_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_ rule \_\_\_\_ rule \_\_\_\_ rule \_\_\_\_ rule \_\_\_\_ rule \_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_ rule \_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_\_\_\_\_ rule \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_\_ Bureau distributeur: 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 : \_\_\_\_\_\_ Nº de Contrat : \_\_\_\_\_\_ Adresse de la mutuelle ou organisme assureur : \_\_\_ de ligue L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (\*): d'un trajet d'un entraînement d'une compétition de district autre autre cas (à préciser) : \_\_\_\_\_ DATE DE L'ACCIDENT (\*) L. HEURE (\*) L. L. 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 (\*):

NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS EN PRÉSENCE (*):	· -
Nom et adresse du premier témoin (*) :	
Nom et adresse du second témoin :	
Noms et adresses des autres personnes impliquées dans l'accident	t:
A-t-il été établi un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités loc Dans l'affirmative, en communiquer les coordonnées :	Consider Local Particles and representations of the control of the
Le blessé a-t-il été hospitalisé : OUI NON	
JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDI DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, A ADRESSER SOU CONSEIL DE LA M.D.S., DEVRA COMPORTER LES ME  • DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL, • DATE DE L'ACCIDENT, • NATURE ET SIÈGE DES BLESSURES, • DURÉE DE L'INCAPACITÉ SPORTIVE N • DURÉE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL, S'IL	JS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECI ENTIONS SUIVANTES (*) : MINIMUM,
EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE DE LENTILLES, DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PEND	
S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PER	SONNE QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :
NOM ET PRÉNOM: L	
Signature du Blessé :	Signature du correspondant et cachet du club :

(International : +33 1 45 16 65 70)