

## DÉCLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

**À COMPLÉTER (RECTO VERSO) ET À RETOURNER A LAFONT ASSURANCES**

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

**CIRCONSTANCES ET CAUSES :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**RENSEIGNEMENT 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 mail :

.....

Adresse : .....

.....

2° - Nom : ..... Prénom : ..... N° de licence : .....

Niveau de plongée : ..... Adresse mail : .....

.....

**LE RESPONSABLE DU CLUB DÉCLARANT :**

Nom : ..... Prénom : ..... N° de licence : .....

Qualité : ..... Adresse mail :

.....

Adresse :

.....

Fait à : ..... Le : ..... **SIGNATURE**