

**DÉCLARATION D'ACCIDENT**

N° du contrat 45659793

**À RENVoyer DANS LES 5 JOURS À**

FFG

7 Ter, Cour des Petites Écuries 75010 PARIS

Téléphone : 01 48 01 24 48 Télécopie : 01 47 70 16 07

**CETTE DÉCLARATION D'ACCIDENT ÉTABLIE PAR LE BLESSÉ, DOIT ÊTRE CONTRESIGNÉE PAR UN RESPONSABLE DU CLUB****IDENTITÉ DU BLESSÉ :**

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

BUREAU DISTRIBUTEUR : \_\_\_\_\_ N° TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

N° LICENCE FFG : \_\_\_\_\_ **Joindre impérativement une photocopie de la licence**DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ SEXE DU BLESSÉ :  Masculin  Féminin

PROFESSION DU BLESSÉ : \_\_\_\_\_

LE BLESSÉ EST-IL GYMNASTE DE HAUT NIVEAU INSCRIT SUR LISTE MINISTÉRIELLE ?  OUI  NONLE BLESSÉ EST-IL DIRIGEANT ?  OUI  NON**RÉGIME DE PRÉVOYANCE :**

Le blessé est-il :  ASSURÉ SOCIAL  NON ASSURÉ SOCIAL  
 TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERCANT (en préciser la raison) : \_\_\_\_\_  
 ÉTUDIANT  AUTRE : \_\_\_\_\_

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE : le blessé a-t-il une mutuelle ?  OUI  NON

Nous préciser : Le nom de cette mutuelle : \_\_\_\_\_

Autre assurance personnelle :  Individuelle Accident  Garantie des Accidents de la vie

QUELLE GARANTIE OPTIONNELLE AVEZ-VOUS CHOISI ?

 Indemnités journalières \_\_\_\_\_ Euros  Option 1  Option 2**IDENTIFICATION DU CLUB :**

NOM DU CLUB : \_\_\_\_\_

N° TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CORRESPONDANT : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

**Autre assurance du club :** \_\_\_\_\_**Joindre impérativement la copie du bulletin N°2 de la notice d'information**

## CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

DATE : \_\_\_\_\_ LIEU (ville et code postal) : \_\_\_\_\_

NOM ET ADRESSE DES TÉMOINS : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DÉCLARATION CIRCONSTANCIÉE DE L'ACCIDENT : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL DESCRIPTIF DES BLESSURES

TOUTE DÉCLARATION D'ACCIDENT NON ACCOMPAGNÉE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL D'ORIGINE NE POURRA ÊTRE ENREGISTRÉE

**En cas de rapatriement au domicile du bénéficiaire, et préalablement à toute intervention, téléphoner à  
MONDIAL ASSISTANCE au 01 40 25 50 32  
en mentionnant le numéro de contrat « 920438 ».**

Signature du blessé

Signature du responsable  
du Club et cachet

## QUESTIONNAIRE

### DISCIPLINE PRATIQUÉE (un seul choix possible) :

GAM	GAF	GR	
<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Saut	<input type="checkbox"/> Corde	<input type="checkbox"/> GFL <input type="checkbox"/> TRA
<input type="checkbox"/> Arçons	<input type="checkbox"/> Barres asymétriques	<input type="checkbox"/> Cerceau	<input type="checkbox"/> AER <input type="checkbox"/> ACR
<input type="checkbox"/> Anneaux	<input type="checkbox"/> Poutre	<input type="checkbox"/> Ballon	<input type="checkbox"/> TUM
<input type="checkbox"/> Saut	<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Massues	
<input type="checkbox"/> Barres parallèles	<input type="checkbox"/> Hors agrès	<input type="checkbox"/> Ruban	
<input type="checkbox"/> Barre fixe		<input type="checkbox"/> Hors engin	
<input type="checkbox"/> Hors agrès			

### CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

L'accident s'est produit au cours :	Catégorie du blessé :	Niveau de pratique :
<input type="checkbox"/> d'un entraînement	<input type="checkbox"/> Gymnaste	<input type="checkbox"/> Club
<input type="checkbox"/> d'une compétition	<input type="checkbox"/> Entraîneur	<input type="checkbox"/> Départemental
<input type="checkbox"/> d'une séance de préparation physique	<input type="checkbox"/> Dirigeant/juge /autre	<input type="checkbox"/> Régional
<input type="checkbox"/> d'un échauffement		<input type="checkbox"/> National
<input type="checkbox"/> du trajet		<input type="checkbox"/> International
<input type="checkbox"/> aucun rapport avec l'exercice gymnique		
<input type="checkbox"/> autre : _____		

### MOUVEMENT EFFECTUÉ (un seul choix possible) :

Course d'élan/entrée     Sortie     Dans le corps de l'enchaînement     Autre : \_\_\_\_\_

### LOCALISATION DES BLESSURES (plusieurs choix possibles) :

<input type="checkbox"/> Doigts	<input type="checkbox"/> Clavicule	<input type="checkbox"/> Ménisque	<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Colonne lombaire
<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Omoplate	<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Sacrum/coccyx
<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Organes génitaux
<input type="checkbox"/> Avant bras	<input type="checkbox"/> Fesse	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Oeil	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Orteils	<input type="checkbox"/> Oreille	
<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	
<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Thorax/côtes	<input type="checkbox"/> Colonne dorsale	

### TYPE DE BLESSURE (plusieurs choix possibles) :

Fracture     Claquage/élongation     Entorse     Hématome     Autre : \_\_\_\_\_  
 Luxation     Rupture musculaire     Plaie cutanée     Contusion

### TRAITEMENT IMMÉDIAT (plusieurs choix possibles) :

Aucun     Immobilisation     Hospitalisation     Chirurgie     Autre : \_\_\_\_\_

L'accident a-t-il entraîné l'arrêt de la compétition ou de l'entraînement :     OUI     NON

Deux accusés de réception de la déclaration seront envoyés au Club qui remettra un exemplaire au blessé.