



## DÉCLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

À COMPLÉTER (RECTO VERSO) ET À RETOURNER AU CABINET LAFONT

| LE CLUB   | LA VICTIME  |
|---|---|
| N° affiliation F.F.E.S.S.M. : .....<br>Nom du club : .....<br>.....<br>Adresse : .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>Adresse mèl : .....   | Nom : .....<br>Prénom : .....<br>Adresse : .....<br>.....<br>Adresse mèl : .....<br>N° de licence fédérale : .....<br>ASSURANCE INDIVIDUELLE COMPLÉMENTAIRE :<br>SI OUI : <input type="checkbox"/> Loisir 1 <input type="checkbox"/> Loisir 2<br><input type="checkbox"/> Loisir 3 <input type="checkbox"/> Piscine<br><input type="checkbox"/> Pro basic <input type="checkbox"/> Pro 1 <input type="checkbox"/> Pro 2 <input type="checkbox"/> Pro 3<br>Niveau de plongée : ..... |
| L'AUTEUR DU SINISTRE  | L'ACCIDENT  |
| Nom : .....<br>Prénom : .....<br>Date et lieu de naissance : .....<br>.....<br>N° de licence fédérale : .....<br>N° d'affiliation du club : .....<br>Niveau de plongée : .....<br>Adresse : .....<br>.....<br>Adresse mèl : ..... | Date : ..... Heure : .....<br>Lieu de l'accident : .....<br>Code postal : .....<br>Profondeur : .....<br>Température : .....<br>N° de PV : .....<br>Établi par : .....<br>.....   |

### TYPE DE PLONGÉE PRATIQUÉE

- |                                     |                                     |                                    |                                      |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Club       | <input type="checkbox"/> Hors Club  | <input type="checkbox"/> Technique | <input type="checkbox"/> Exploration | <input type="checkbox"/> Pêche Sous-Marine   |
| <input type="checkbox"/> Apnée      | <input type="checkbox"/> Scaphandre |                                    |                                      | <input type="checkbox"/> Hockey Subaquatique |
| <input type="checkbox"/> Piscine    | <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  | <input type="checkbox"/> Étang       |  |
| <input type="checkbox"/> Gravière   | <input type="checkbox"/> Rivière    | <input type="checkbox"/> Autre     |                                      |  |

**CIRCONSTANCES ET CAUSES :**

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

**RENSEIGNEMENTS SUR LA VICTIME :**

Nom : ..... Prénom : ..... Profession : .....

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 mèl : .....

Adresse : .....

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

Niveau de plongée : ..... Adresse mèl : .....

Adresse : .....

**LE RESPONSABLE DU CLUB DÉCLARANT**

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

Qualité : ..... Adresse mèl : .....

Adresse : .....

Fait à : ..... Le : .....

**SIGNATURE**