

DÉCLARATION D'ACCIDENT

À ADRESSER AU PLUS TARD DANS LES 48 HEURES APRÈS L'ACCIDENT AU SIÈGE DE LA FÉDÉRATION

SOCIÉTAIRE (Cadre réservé à la M&R)

RAISON SOCIALE **FÉDÉRATION FRANÇAISE MÉDIÉVALE & RENAISSANCE**
 STATUT **Association Loi 1901**
 IMMATRICULATION **INPI : 13 4 048 354 - Préfecture du Gard : W302008501 - SIREN : 533 949 129 00019**
 ADRESSE **2 rue de la République - 30220 AIGUES-MORTES**
 N° TÉLÉPHONE **06 18 95 15 62**
 EMAIL **medievale-renaissance@federation-francaise-medievale-et-renaissance.fr**
 PRÉSIDENT(E) **Patricia MOURAREAU**

VICTIME

TIERS RESPONSABLE

NOM, PRÉNOMS	NOM, PRÉNOMS
NOM DE JEUNE FILLE	NOM DE JEUNE FILLE
ADRESSE	ADRESSE
DATE DE NAISSANCE	DATE DE NAISSANCE
LIEU DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE
PROFESSION	PROFESSION
ASSURÉ SOCIAL N°	ASSURÉ SOCIAL N°
RÉGIME ASSURÉ	RÉGIME ASSURÉ
COMPLÉMENTAIRE	COMPLÉMENTAIRE
MEMBRE M&R (1) <input type="checkbox"/> OUI (2) <input type="checkbox"/> NON (3)	MEMBRE M&R (1) <input type="checkbox"/> OUI (2) <input type="checkbox"/> NON (3)
ADHÉRENT N° (2)	ADHÉRENT N° (2)
ASSOCIATION (3)	ASSOCIATION (3)
AUTRE ASSURANCE	AUTRE ASSURANCE
COURTIER	COURTIER
SOCIÉTAIRE N°	SOCIÉTAIRE N°

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

DATE : HEURE : LIEU : DÉPT :

Nature des lésions :

Sièges des lésions (préciser, s'il y a lieu, le côté droit ou gauche, etc...) :

Élément matériel :

Circonstances détaillées de l'accident telles qu'elles ont été :

* relatées par la victime :

* relatées par le tiers responsable :

* relatées par l'organisateur (1) (déclaration précédée du statut de l'organisateur) :

.....

.....

* constatées par l'organisateur (1) (déclaration précédée du statut de l'organisateur) :

.....

.....

Constat de police (1) OUI NON ou de gendarmerie (1) OUI NON Commissariat ou Brigade de

Lieu où a été transportée la victime (si transportée en milieu hospitalier) :

Suite probable (1)

Sans arrêt de travail	Avec arrêt de travail de : jours	Décès immédiat
-----------------------	--	----------------

TÉMOINS	TÉMOINS
NOM, PRÉNOMS	NOM, PRÉNOMS
NOM DE JEUNE FILLE	NOM DE JEUNE FILLE
ADRESSE	ADRESSE
.....
PROFESSION	PROFESSION
.....
SIGNATURE	SIGNATURE

LE(S) DÉCLARANT(S) : VICTIME ET TIERS RESPONSABLE (si Tiers Responsable)

NOM, PRÉNOMS DATE SIGNATURE (précédée de la mention "Lu et Approuvé")

NOM, PRÉNOMS DATE SIGNATURE (précédée de la mention "Lu et Approuvé")

PIÈCES À JOINDRE À LA DÉCLARATION

- * Copie de la Carte National d'Identité recto-verso de la victime
- * Copie de la Carte de Membre de la victime (si affiliée M&R)
- * Copie du contrat de prestation de l'association membre M&R
- (4) * Constat de Police ou de Gendarmerie
- * Copie de la Carte National d'Identité recto-verso des témoins
- (4) * Certificat médical du médecin ayant examiné la victime
- (4) * Bulletin d'hospitalisation (si transportée en milieu hospitalier)
- (4) * Copie de l'arrêt de travail (si arrêt de travail)
- * Copie de la Carte National d'Identité recto-verso du tiers responsable
- * Copie de la Carte de Membre du tiers responsable (si affilié M&R)
- * Copie Attestation d'assurance de l'association (si non affiliée M&R)

NOTICE EXPLICATIVE

Tout accident survenu suite au non respect des Règlements de la Fédération Française Médiévale & Renaissance ne pourra être couvert par l'assurance fédérale.

Cette déclaration doit être complétée le plus précisément possible.
Toute fausse déclaration est punie par la Loi (article 441-6 du Code Pénal et Loi du 23 Décembre 1901 modifiée).
 Si nécessaire, il est possible d'annexer, sur papier libre, une ou plusieurs déclaration(s) plus détaillée(s) des circonstances de l'accident, établie(s) par un ou plusieurs des intervenants (victime, tiers responsable, organisateur, témoins, etc...).

(1) Rayer la mention inutile
 (2) Si choix (2), se reporter à la rubrique (2) correspondante
 (3) Si choix (3), se reporter à la rubrique (3) correspondante
 (4) Pièce obligatoire en cas de délivrance