

## 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 (en préciser la raison) : \_\_\_\_\_  
☐ OU COMMERÇANT ☐ AUTRE : \_\_\_\_\_  
☐ ÉTUDIANT

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

- ☐ Sol
- ☐ Arçons
- ☐ Anneaux
- ☐ Saut
- ☐ Barres parallèles
- ☐ Barre fixe
- ☐ Hors agrès

GAF

- ☐ Saut
- ☐ Barres asymétriques
- ☐ Poutre
- ☐ Sol
- ☐ Hors agrès

GR

- ☐ Corde
- ☐ Cerceau
- ☐ Ballon
- ☐ Massues
- ☐ Ruban
- ☐ Hors engin

- ☐ GFL      ☐ TRA
- ☐ AER      ☐ ACR
- ☐ TUM

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT :

L'accident s'est produit au cours :

- ☐ d'un entraînement
- ☐ d'une compétition
- ☐ d'une séance de préparation physique
- ☐ d'un échauffement
- ☐ du trajet
- ☐ aucun rapport avec l'exercice gymnique
- ☐ autre : \_\_\_\_\_

Catégorie du blessé :

- ☐ Gymnaste
- ☐ Entraîneur
- ☐ Dirigeant/juge /autre

Niveau de pratique :

- ☐ Club
- ☐ Départemental
- ☐ Régional
- ☐ National
- ☐ International

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) :

- |                                   |  |  |                                    |  |
|-----------------------------------|--|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Claquage/élongation | <input type="checkbox"/> Entorse       | <input type="checkbox"/> Hématome  | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Luxation | <input type="checkbox"/> Rupture musculaire  | <input type="checkbox"/> Plaie cutanée | <input type="checkbox"/> Contusion |  |

TRAITEMENT IMMÉDIAT (plusieurs choix possibles) :

- |                                |   |  |                                    |  |
|--------------------------------|---|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Immobilisation | <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> 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.