



**CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (\*) :** \_\_\_\_\_

**NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS EN PRÉSENCE (\*) :** \_\_\_\_\_

Nom et adresse du premier témoin (\*) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du second témoin : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Noms et adresses des autres personnes impliquées dans l'accident : \_\_\_\_\_

A-t-il été établi un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités locales, précisant les circonstances de l'accident ?  OUI  NON

Dans l'affirmative, en communiquer les coordonnées : \_\_\_\_\_

Le blessé a-t-il été hospitalisé :  OUI  NON

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ LE JOUR DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE LA M.D.S., DEVRA COMPORTER LES MENTIONS SUIVANTES (\*) :**

- DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL,
- DATE DE L'ACCIDENT,
- NATURE ET SIÈGE DES BLESSURES,
- DURÉE DE L'INCAPACITÉ SPORTIVE MINIMUM,
- DURÉE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL, S'IL Y A LIEU.

**EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE DE LENTILLES, IL CONVIENTRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES ACTIVITÉS SPORTIVES.**

**S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :**

**NOM ET PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE : N°** \_\_\_\_\_ **Rue** \_\_\_\_\_

**Ville** \_\_\_\_\_ **CODE POSTAL** \_\_\_\_\_

**Bureau distributeur :** \_\_\_\_\_ **N° TÉLÉPHONE :** \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du Blessé :**

**Signature du correspondant  
et cachet du club :**

**En cas d'assistance, téléphonez à :**  
**M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70**  
**(International : +33 1 45 16 65 70)**