



**DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE A :**  
Service Assurances— Guillaume ETWEIN—Ligue du Grand Est de Football—Le Domaine de la Talintey  
1 rue de la Grande Douve — BP 19—54250 Champigneulle - Tél : 06 42 74 40 15  
(établie par le blessé, elle doit être contresignée par le responsable du club)

**LES ZONES SUIVIES D'UNE (\*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

**IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (\*)**

NOM ET ADRESSE DU CLUB (\*) : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CORRESPONDANT (\*) : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE :

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

**CE CLUB EST-IL AFFILIÉ AUPRÈS (\*) - D'UNE LIGUE**  OUI  NON (si oui préciser laquelle) : \_\_\_\_\_

**- D'UNE FÉDÉRATION**  OUI  NON (si oui préciser laquelle) : \_\_\_\_\_

(joindre impérativement copie de la licence en cours)

**CE CLUB EST-IL ADHÉRENT DIRECT DE LA MUTUELLE (\*)** (si oui indiquer le N° de contrat) \_\_\_\_\_

OUI  NON

**LE BLESSÉ EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE TYPE SPORMUT OU AUTRE (\*) :**

OUI  NON

Si oui : Nom et Numéro du contrat : \_\_\_\_\_

**NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ : (\*)**

**ADRESSE (\*) : N°**      Rue

Ville

Bureau distributeur :                    N° TÉLÉPHONE :

**PROFESSION DU BLESSÉ :** \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire ou universitaire : \_\_\_\_\_

**RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE (\*) :**

Le blessé est-il ASSURÉ SOCIAL  TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERÇANT

AUTRE  : \_\_\_\_\_ N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

NON ASSURÉ SOCIAL  (préciser la raison) \_\_\_\_\_

**RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE (\*) :**  OUI  NON

Nom de cette mutuelle ou organisme assureur : \_\_\_\_\_ N° de Contrat : \_\_\_\_\_

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur : \_\_\_\_\_

**L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (\*) :**  d'un trajet  d'un entraînement  d'une compétition  de ligue  de district  autre   
 autre cas (à préciser) : \_\_\_\_\_

**DATE DE L'ACCIDENT (\*)**           **HEURE (\*)**

**LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (\*) :** \_\_\_\_\_

**SEXES DU BLESSÉ**  (1 = MASCULIN - 2 = FÉMININ) **DATE DE NAISSANCE (\*) :**

**SPORT OU ACTIVITÉ PRATIQUÉE AU MOMENT DE L'ACCIDENT (\*) :** \_\_\_\_\_

SUITE CI-CONTRE →

