



GROUPE MDS
MDS Conseil



Groupama
GRAND EST

M.D.S. CONSEIL

43, rue Scheffer – 75016 PARIS
Téléphone: 01 53 04 86 20 - Fax : 01 53 04 86 87
Email : prestations@grpmds.com

DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A M.D.S. CONSEIL DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE LES ZONES SUIVIES D'UNE (*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

AUTEUR DE L'ACCIDENT (ou du litige) (*)

Adhérent de la Ligue Grand-Est de Football

NOM ET PRENOM (*) :

ADRESSE (*) :

CODE POSTAL : _ _ _ _ VILLE :

DATE DE NAISSANCE : .../.../..... MAIL :

N° TELEPHONE :

Si l'auteur est mineur, nom et adresse du responsable légal :

.....

CLUB DE L'AUTEUR (*)

NOM DU CLUB :

NUMERO AFFILIATION :

REPRESENTANT DU CLUB :

ADRESSE :

CODE POSTAL : _ _ _ _ VILLE :

N° TELEPHONE : MAIL :

VICTIME DE L'ACCIDENT (ou du litige) (*)

Adhérent de la Ligue Grand-Est de Football

NOM ET PRENOM (*) :

ADRESSE (*) :

CODE POSTAL : _ _ _ _ VILLE :

DATE DE NAISSANCE : .../.../..... MAIL :

N° TELEPHONE :

Si la victime est mineure, nom et adresse du responsable légal :

.....

CLUB DE LA VICTIME (*)

NOM DU CLUB :

NUMERO AFFILIATION :

REPRESENTANT DU CLUB :

ADRESSE :

CODE POSTAL : _ _ _ _ VILLE :

N° TELEPHONE : MAIL :

Si la responsabilité d'une autre personne est susceptible d'être recherchée, merci de préciser son nom, prénom, qualité et coordonnées :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT (ou du litige) (*)

Date de survenance de l'accident (ou du litige) (*) : / / **Heure (*)**H.....

- d'un trajet d'un entraînement d'une compétition d'une manifestation extra-sportive à titre récréatif
 autre cas (à préciser) :

Lieu de l'accident (ou du litige) (*) :

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ Ville :

N° du Procès-Verbal :

Nom et coordonnées de la gendarmerie/police :

Témoins de l'accident

Nom et adresse du premier témoin (*) Signature :

.....

Nom et adresse du second témoin (*) Signature :

.....

CIRCONSTANCES DETAILLÉES DE L'ACCIDENT (ou du litige) :

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

EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS :

Mentionner les personnes ayant subi un dommage corporel ainsi que la nature de la blessure (joindre le certificat médical initial, sous pli confidentiel à l'attention du Médecin-Conseil de la Mutuelle des Sportifs) :

.....
.....

EN CAS DE DOMMAGES MATERIELS :

Indiquer la nature du dommage matériel (véhicule, immeuble, biens personnels, autre à préciser) :

.....
.....

Le signataire de la présente déclaration certifie l'exactitude des informations déclarées ci-dessus. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut être une absence de garantie de l'accident déclaré ainsi que des poursuites.

Fait à le ... / ... /

Nom et signature du déclarant :