



**GROUPE MDS**  
Mutuelle des Sportifs

## MUTUELLE DES SPORTIFS

2-4, rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16  
Téléphone : 01 53 04 86 20 - Fax : 01 53 04 86 87



### DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA M.D.S. DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE

(établie par le blessé, elle doit être contresignée par un responsable du club)

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

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

NOM ET ADRESSE DU CLUB (\*): JUDO JUIJITSU CLUB DE MELUN  
Gymnase DUVACHELLE 2 RUE DAJOT 77000 MELUN  
ADRESSE DU CORRESPONDANT (\*): MR DE CRUZ même adresse

TÉLÉPHONE: 07 81 22 2939

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): Fédération Française du Sport Travailiste  
(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 \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

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  
 autre cas (à préciser): \_\_\_\_\_  de district  autre

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

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

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

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

SUITE CI-CONTRE →

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 CONVIENDRA 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

JUDO CLUB DE MEEUW  
2 RUE DAJOT  
15956385000

et cachet du club :



**En cas de rapatriement de plus de 50 kilomètres, téléphonez à :**

**M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70**

**(International : +33 1 45 16 65 70)**

(\*) A remplir obligatoirement.