

DÉCLARATION D'ACCIDENT**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 OU COMMERCANT (en préciser la raison) : _____
 ÉTUDIANT AUTRE : _____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.