

# DÉCLARATION D'ACCIDENT

N° de contrat : 262938/C

## INDIVIDUELLE ACCIDENT CORPOREL



Cette déclaration doit être faite par internet directement sur le site de la fédération ou transmise par mail à l'adresse : [decla-ffjda@smacl.fr](mailto:decla-ffjda@smacl.fr)

### PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Un certificat médical établi par le médecin consulté le jour de l'accident. Ce document est à adresser à SMACL Assurances sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil et devra comporter les mentions suivantes :

- date de l'examen médical
- date de l'accident
- nature et siège des blessures
- durée de l'incapacité sportive totale minimum
- durée de l'arrêt de travail s'il y a lieu

**En cas de décès :**

Certificat de décès indiquant la cause du décès (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil), copie du procès verbal de gendarmerie ou du rapport de police.

### CLUB OU ORGANISME TERRITORIAL DÉLÉGATAIRE

Nom du club :	N° d'affiliation :
Nom du déclarant :	Qualité :
Adresse du déclarant :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :

### PERSONNE BLESSÉE

Nom de naissance :	Date de naissance :
Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :
Profession :	
Le cas échéant : Représentant légal (Nom de naissance, prénom et qualité) :	

### PROTECTION SOCIALE

Êtes-vous affilié(e) à un régime d'assurance maladie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° d'immatriculation :
Nom et adresse de la caisse :
L'accident a-t-il été déclaré à votre caisse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous souscrit une complémentaire santé (ou mutuelle santé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° d'affiliation :
Nom et adresse de l'organisme :
L'accident a-t-il été déclaré à cet organisme complémentaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le blessé a-t-il souscrit la garantie individuelle accident complémentaire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### IDENTIFICATION SPORTIVE

N° de licence :
Le blessé est : 1 - <input type="checkbox"/> Pratiquant <input type="checkbox"/> Pratiquant pôle/structure <input type="checkbox"/> Enseignant bénévole <input type="checkbox"/> Dirigeant
2 - <input type="checkbox"/> Sportif de haut niveau <input type="checkbox"/> Ceinture de couleur <input type="checkbox"/> Ceinture noire

## CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT CORPOREL

Date de l'accident :	Heure :
Nom de la manifestation :	
Ville :	Département :
<b>Siège de la blessure</b>	
<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Crâne, face ,cou et système nerveux <input type="checkbox"/> Dent(s), mâchoire <input type="checkbox"/> Oeil <input type="checkbox"/> Membre inférieur et coccyx/sacrum <input type="checkbox"/> Membre supérieur et épaule/clavicule <input type="checkbox"/> Doigt(s), main(s), poignet(s) <input type="checkbox"/> Dos, rachis et moëlle épinière <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Appareil génito-urinaire	
<b>A/ Sur le tatami :</b>	
<input type="checkbox"/> Entraînement <input type="checkbox"/> Animation loisirs <input type="checkbox"/> Compétition sportive <input type="checkbox"/> Passage de grade ceinture noire (SHIAI) <input type="checkbox"/> Passage de grade ceinture noire (KATA)	
<b>B/ Hors tatami :</b>	
<input type="checkbox"/> Vestiaires	<input type="checkbox"/> Autre :
<b>Discipline pratiquée :</b>	
<input type="checkbox"/> Judo <input type="checkbox"/> Jujitsu <input type="checkbox"/> Taïso <input type="checkbox"/> Kendo et disciplines rattachées <input type="checkbox"/> Kyudo <input type="checkbox"/> Sumo	
<b>Le blessé est</b> <input type="checkbox"/> TORI <input type="checkbox"/> UKE <input type="checkbox"/> Pratiquant seul	
<b>Technique à l'origine de la blessure :</b>	
<b>Technique à l'origine de la blessure effectuée par :</b> <input type="checkbox"/> TORI ou <input type="checkbox"/> UKE	
<b>1 / JUDO (technique pratiquée entraînant la blessure)</b>	
<input type="checkbox"/> Projection avant <input type="checkbox"/> Projection arrière <input type="checkbox"/> Projection latérale <input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Strangulation <input type="checkbox"/> Clé de bras <input type="checkbox"/> Autre	
<b>2 / JUJITSU</b>	
<input type="checkbox"/> Atemi <input type="checkbox"/> Projection <input type="checkbox"/> Clé <input type="checkbox"/> Strangulation <input type="checkbox"/> Autre :	
<b>3 / KENDO ET DISCIPLINES RATTACHÉES</b>	
<input type="checkbox"/> Circonstances :	
<b>4 / TAISO, KYUDO OU SUMO</b>	
<input type="checkbox"/> Taïso <input type="checkbox"/> Kyudo <input type="checkbox"/> Sumo <input type="checkbox"/> Circonstances :	
<b>5/ AUTRES ACTIVITÉS PRATIQUÉES</b>	
<input type="checkbox"/> Circonstances :	
<b>Autres précisions sur les circonstances de l'accident :</b>	
Date :	<b>Cachet du club :</b>
Nom et signature du déclarant :	