

**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 À 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 À REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

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

NOM ET ADRESSE DU CLUB (\*): **FOOTBALL CLUB DE BOISSY SOUS SAINT YON**

**Mairie, Place du Général De Gaulle, 91790 BOISSY SOUS SAINT YON**

ADRESSE DU CORRESPONDANT (\*): **MOLINES Frédéric**

**15 rue Salvador Allende, 91790 BOISSY SOUS SAINT YON**

TÉLÉPHONE : **0 6 8 4 6 7 4 4 1 8**

CODE POSTAL : **91790** VILLE : **BOISSY SOUS SAINT YON**

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

**Ligue Paris île de France de Football**

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

**Fédération Française de Football**

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

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 CONCERNÉS (\*) : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

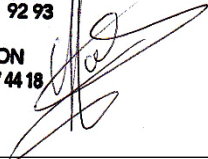
Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du Blessé :

Signature du correspondant  
et cachet du club :

Le Secrétaire

M. MOLINES Frédéric  
**FOOTBALL CLUB DE BOISSY sous SAINT YON**  
Siège Social : Mairie Tél. 01 64 91 92 93  
Place du Général de Gaulle  
91790 BOISSY SOUS SAINT YON  
Secrétariat Mr MOLINES : Tél. 06 84 67 44 18



**En cas d'assistance, téléphonez à :**  
**M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70**  
**(International : +33 1 45 16 65 70)**

(\*) A remplir obligatoirement.