



GROUPE MDS
MDS Conseil

DECLARATION INDIVIDUELLE ACCIDENT CORPOREL



À ADRESSER DANS LES 5 JOURS A
MDS CONSEIL 43 rue Scheffer – 75016 PARIS
Tel 01 53 04 86 20 / Fax 01 53 04 86 86
Email : prestations@grpmds.com

Contrat n° 2036 (Mutuelle des Sportifs)

Gagnez du temps. Cette déclaration peut être faite par internet sur le site www.ffjudo.com

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Un certificat médical établi par le médecin consulté le jour de l'accident. Ce document est à adresser à MDS CONSEIL sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs et devra comporter les mentions suivantes :

- | | |
|---|--|
| <p>→ Date de l'examen médical</p> <p>→ Nature et siège des blessures</p> <p>→ Durée de l'arrêt de travail s'il y a lieu</p> | <p>→ Date de l'accident</p> <p>→ Durée de l'incapacité sportive totale minimum</p> |
|---|--|

En cas de décès : Certificat de décès indiquant la cause du décès (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs), coordonnées du Notaire chargé de la succession, copie du procès verbal de gendarmerie ou du rapport de police.

LE CLUB

Nom du club : N° d'affiliation :

Nom du déclarant : Qualité :

Adresse du déclarant :

Code postal : Bureau distributeur :

Téléphone : Email :

PERSONNE BLESSEE

Nom : Date de naissance :

Prénom : Sexe : M F

Adresse :

Code postal : Bureau distributeur :

Téléphone : Email :

Profession :

Représentant légal (nom et qualité) :

Le blessé a-t-il souscrit une garantie complémentaire SPORTMUT FFJDA : OUI NON

Régime de base maladie :

Le blessé est : Assuré social Travailleur indépendant/ profession libérale Autre

N° Immatriculation : Nom de l'organisme :

Régime maladie complémentaire : OUI NON

Nom de la mutuelle ou de l'organisme assureur : N° Contrat :

Adresse:

Code postal : Bureau distributeur :

Le blessé est-il hospitalisé ? NON OUI Nom de l'établissement :

Adresse:

Code postal : Bureau distributeur :

Identification sportive :

N° de licence :

Le blessé est : Pratiquant Enseignant bénévole Dirigeant Sportif de haut niveau

Ceinture de couleur Ceinture noire Date de Reprise :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT CORPOREL (plusieurs choix possibles)

Date de l'accident :Heure :Nom de la manifestation (éventuellement) :

Localité :Département :

a) Sur le tatami:

- Entraînement Tournoi Animation loisir Compétition sportive Passage de CN

b) Hors tatami :

- Vestiaires Trajet Autre :

Discipline pratiquée

- judo jujitsu taïso kendo et DA kyudo sumo

Le blessé est : TORI UKE pratiquant seul

Technique à l'origine de la blessure effectué par TORI ou UKE :

1/ JUDO

- jambe hanche bras épaule sutemi

Projection : avant arrière

- immobilisation strangulation clé de bras

2/ JUJITSU

- atemi projection clé strangulation Autre

3/ KENDO ET DA

4/ AUTRE ACTIVITE PRATIQUEE

Autres précisions sur les circonstances de l'accident :

Nom et adresse des témoins :

1^{er} témoin :

2^{ème} témoin :

3^{ème} témoin :

Date :

Cachet du club :

Nom et signature du déclarant :