BOIS-COLOMBES-SPORTS
Siège Social : HOTEL DE VILLE
92270 - BOIS-COLOMBES

Police d'Assurances : N° 40.574.364

Cabinet Assurances COLDEFY
77 boulevard de Créteil
94100 - SAINT-MAUR-DES-FOSSES

DECLARATION D'ACCIDENT

à remplir dans les 48 heures.

Nom du blessé
(En CAPITALES).....

Prénom :.....

Date de naissance : .....

Adresse complète .....

.....

Assuré Social ou Caisse spéciale
(N ° matricule) : .....

Date de l'accident : ..... Heure :.....

Lieu : .....

Sport ou activité pratiqué : .....

Causes et circonstances de l'accident :.....

.....

.....

Premier médecin consulté : .....

Témoins, noms et adresses : M. .....

.....

M. .....

.....

A .....Le .....

Signature du blessé, Signature des témoins,

CERTIFICAT MEDICAL

.....le .....

Je soussigné.....

Docteur en Médecine à .....

déclare avoir examiné le.....

M .....

Profession.....,Membre de Bois-Colombes-Sports

Victime d'un accident le .....

au cours d' .....

M .....est atteint d.....

.....

.....

.....

.....

Cet accident (ne) nécessitera (un - pas d') arrêt

d'activité sportive .....

de travail de .....

La déclaration de cet accident (régime maladie)

est - n'est pas - faite à la Sécurité Sociale ou à la Caisse de Secours.

Signature du Médecin

IMPRIME À REMETTRE EN MAIRIE Service des Relations Publiques et de la Vie Associative *(par le responsable de section ou l'entraîneur)*
15, rue Charles Duflos - 92270 - BOIS-COLOMBES

(RAYER LES MENTIONS INUTILES)