



**GROUPE MDS**  
Mutuelle des Sportifs



**DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE**

à la **LIGUE RHÔNE-ALPES DE FOOTBALL**  
Service des Assurances - 237, rue Léon Blum - 69628 VILLEURBANNE CEDEX  
Tél. : 04 72 15 30 78 - Fax : 04 72 37 67 91

(établie par le blessé, elle doit être contresignée par un responsable du club)  
**LES ZONES SUIVIES D'UNE (\*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

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

NUMÉRO D'AFFILIATION DU CLUB (\*) : 518181 US PONT-LA ROCHE

NOM ET ADRESSE DU CLUB (\*) : PONT DE LISERE  
Affiliation N° 518181  
Siège : Mairie - 26600

NOM ET ADRESSE DU CORRESPONDANT (\*) : Dr. Phaleard  
Tél./Fax 04 75 84 81 94

1 all des Bruges

TÉLÉPHONE : 04 75 84 54 12

CODE POSTAL : 26600 VILLE : La Roche de Glun

**JOINDRE IMPÉRATIVEMENT COPIE DE LA LICENCE EN COURS**

**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 : \_\_\_\_\_

**SEXE DU BLESSÉ**  (1 = MASCULIN - 2 = FÉMININ) **DATE DE NAISSANCE (\*) :** \_\_\_\_\_

**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 (\*) :** \_\_\_\_\_

**SPORT OU ACTIVITÉ PRATIQUÉ AU MOMENT DE L'ACCIDENT (\*) :** \_\_\_\_\_

SUITE CI-CONTRE →



**Mutuelle des Sportifs**

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité  
Mutuelle immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 422 801 910

2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 86 - FAX : 01 53 04 86 87

