

4. ACCIDENT

Date l'accident*: __/__/____ Heure de l'accident*: __: __

Lieu et département de l'accident* :

Sport ou activité pratiqué au moment de l'accident* :

L'accident s'est produit au cours* : d'un trajet d'un entraînement d'une compétition : de ligue
 de district
 autre

autres cas (à préciser) :

Circonstances détaillées de l'accident* :

.....
.....
.....
.....

Nature et siège des blessures (et joindre le certificat médical de constatation des blessures) * :

.....
.....

Pour l'instruction de votre dossier, merci de bien vouloir nous transmettre **obligatoirement** le **certificat médical indiquant la nature et le siège des blessures, la date de l'accident et la durée de l'incapacité sportive minimum.**

En cas de rapatriement de plus de 50 kilomètres, téléphonez à EUROP ASSISTANCE :

01 41 85 22 52

En précisant le N° de contrat:

58 224 537