



Fédération Française de Gymnastique

Contrat n° 53811646

À renvoyer dans les 5 jours à : FFG – 7ter cour des Petites Écuries – 75010 Paris – Tél. : 01 48 01 24 48 – Fax : 01 47 70 16 07

Cette déclaration d'accident établie par le blessé doit être contresignée par un responsable du club.

En cas de rapatriement au domicile du bénéficiaire, et préalablement à toute intervention, téléphoner à :

Mondial Assistance au 01 40 25 50 32 en mentionnant le numéro de contrat 921575/53811646.

Identité du blessé

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ E-mail _____

N° licence FFG _____ Joindre impérativement une photocopie de la licence

Date de naissance _____ Sexe du blessé masculin féminin

Profession du blessé _____

Le blessé est-il gymnaste de haut niveau inscrit sur liste ministérielle ? Oui NonLe blessé est-il dirigeant ? Oui Non

Transmettre obligatoirement un certificat médical descriptif des blessures.

Régime de prévoyance

Le blessé est-il ? Assuré social Non assuré social (en préciser la raison) _____ Travailleur indépendant ou commerçant Étudiant Autre _____Régime complémentaire : le blessé a-t-il une mutuelle ? Oui Non

Nous préciser : Le nom de cette mutuelle _____

Autre assurance personnelle : Individuelle accident Garantie des accidents de la vieQuelle garantie optionnelle avez-vous choisie ? Indemnités journalières _____ euros Option 1 Option 2

Identification du club

Nom du club _____

Téléphone _____ E-mail _____

Adresse du correspondant _____

Code postal _____ Ville _____

Autre assurance du club _____

Joindre impérativement la copie du bulletin n° 2 de la notice d'information

Circonstances de l'accident

Date _____ Lieu : code postal _____ ville _____

Nom et adresse des témoins _____

Déclaration circonstanciée de l'accident _____

Signature du blessé

Signature du responsable du club et cachet

Questionnaire

Discipline pratiquée (un seul choix possible)

GAM	GAF	GR	GFL	TRA
<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Saut	<input type="checkbox"/> Corde	<input type="checkbox"/> AER	<input type="checkbox"/> ACR
<input type="checkbox"/> Arçons	<input type="checkbox"/> Barres asymétriques	<input type="checkbox"/> Cerceau	<input type="checkbox"/> TUM	
<input type="checkbox"/> Anneaux	<input type="checkbox"/> Poutre	<input type="checkbox"/> Ballon		
<input type="checkbox"/> Saut	<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Massues		
<input type="checkbox"/> Barres parallèles	<input type="checkbox"/> Hors agrès	<input type="checkbox"/> Ruban		
<input type="checkbox"/> Barre fixe		<input type="checkbox"/> Hors engin		
<input type="checkbox"/> Hors agrès				

Circonstances de l'accident

L'accident s'est produit au cours :	Catégorie du blessé	Niveau de pratique
<input type="checkbox"/> d'un entraînement	<input type="checkbox"/> Gymnaste	<input type="checkbox"/> Club
<input type="checkbox"/> d'une compétition	<input type="checkbox"/> Entraîneur	<input type="checkbox"/> Départemental
<input type="checkbox"/> d'une séance de préparation physique	<input type="checkbox"/> Dirigeant/Juge/Autre	<input type="checkbox"/> Régional
<input type="checkbox"/> d'un échauffement		<input type="checkbox"/> National
<input type="checkbox"/> du trajet		<input type="checkbox"/> International
<input type="checkbox"/> aucun rapport avec l'exercice gymnique		
<input type="checkbox"/> autre _____		

Mouvement effectué (un seul choix possible)

Course d'élan/entrée Sortie Dans le corps de l'enchaînement Autre _____

Localisation des blessures (plusieurs choix possibles)

<input type="checkbox"/> Doigts	<input type="checkbox"/> Clavicule	<input type="checkbox"/> Ménisque	<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Colonne lombaire
<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Omoplate	<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Sacrum/Coccyx
<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Organes génitaux
<input type="checkbox"/> Avant bras	<input type="checkbox"/> Fesse	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Œil	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Orteils	<input type="checkbox"/> Oreille	_____
<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	_____
<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Thorax/Côtes	<input type="checkbox"/> Colonne dorsale	_____

Type de blessure (plusieurs choix possibles)

Fracture Claquage/Élongation Entorse Hématome

Luxation Rupture musculaire Plaie cutanée Contusion Autre _____

Traitement immédiat (plusieurs choix possibles)

Aucun Immobilisation Hospitalisation Chirurgie Autre _____

L'accident a-t-il entraîné l'arrêt de la compétition ou de l'entraînement ? Oui Non

Deux accusés de réception de la déclaration seront envoyés au club qui remettra un exemplaire au blessé.