GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

FSGT

DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA MDS, DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE

(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 (*) : _____

NOM ET ADRESSE DU CLUB (*) : _____

_____

NOM ET ADRESSE DU CORRESPONDANT (*) : _____

_____

TÉLÉPHONE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

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 : (*) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|