



**GROUPE MDS**  
**MDS Conseil**

## DECLARATION INDIVIDUELLE ACCIDENT CORPOREL



**À ADRESSER DANS LES 5 JOURS A**  
MDS CONSEIL 43 rue Scheffer – 75016 PARIS  
Tel 01 53 04 86 20 / Fax 01 53 04 86 86  
Email : prestations@grpmds.com

Contrat n° 2036 (Mutuelle des Sportifs)

**Gagnez du temps. Cette déclaration peut être faite par internet sur le site [www.ffjudo.com](http://www.ffjudo.com)**

### PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

**Un certificat médical établi par le médecin consulté le jour de l'accident. Ce document est à adresser à MDS CONSEIL sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs et devra comporter les mentions suivantes :**

- |   |   |
|---|---|
| → Date de l'examen médical                  | → Date de l'accident                            |
| → Nature et siège des blessures             | → Durée de l'incapacité sportive totale minimum |
| → Durée de l'arrêt de travail s'il y a lieu |   |

**En cas de décès :** Certificat de décès indiquant la cause du décès (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs), coordonnées du Notaire chargé de la succession, copie du procès verbal de gendarmerie ou du rapport de police.

### **LE CLUB**

Nom du club : ..... N° d'affiliation : .....  
 Nom du déclarant : ..... Qualité : .....  
 Adresse du déclarant : .....  
 Code postal : ..... Bureau distributeur : .....  
 Téléphone : ..... Email : .....

### **PERSONNE BLESSEE**

Nom : ..... Date de naissance : .....  
 Prénom : ..... Sexe :     M                     F  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Bureau distributeur : .....  
 Téléphone : ..... Email : .....  
 Profession : .....  
 Représentant légal (nom et qualité) : .....  
 Le blessé a-t-il souscrit une garantie complémentaire SPORTMUT FFJDA :                     OUI                     NON

#### **Régime de base maladie :**

**Le blessé est :**             Assuré social             Travailleur indépendant/ profession libérale             Autre .....

**N° Immatriculation :** ..... **Nom de l'organisme :** .....

**Régime maladie complémentaire :**                     OUI                     NON

**Nom de la mutuelle ou de l'organisme assureur :** ..... **N° Contrat :** .....

**Adresse:** .....

**Code postal :** ..... **Bureau distributeur :** .....

**Le blessé est-il hospitalisé ?**             NON             OUI    **Nom de l'établissement :** .....

**Adresse:** .....

**Code postal :** ..... **Bureau distributeur :** .....

#### **Identification sportive :**

**N° de licence :** .....

**Le blessé est :**             Pratiquant             Enseignant bénévole             Dirigeant             Sportif de haut niveau

**Céinture de couleur**  **Céinture noire**     **Date de Reprise :** .....

**CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT CORPOREL (plusieurs choix possibles)**

Date de l'accident : .....Heure : .....Nom de la manifestation (éventuellement) : .....

Localité : .....Département : .....

a) Sur le tatami:

- Entraînement       Tournoi       Animation loisir       Compétition sportive       Passage de CN

b) Hors tatami :

- Vestiaires       Trajet       Autre : .....

**Discipline pratiquée**

- judo       jujitsu       taïso       kendo et DA       kyudo       sumo

Le blessé est :       TORI       UKE       pratiquant seul

**Technique à l'origine de la blessure effectué par  TORI ou  UKE :**

**1/ JUDO**

- jambe       hanche       bras       épaule       sutemi

Projection :       avant       arrière

- immobilisation       strangulation       clé de bras

**2/ JUJITSU**

- atemi       projection       clé       strangulation       Autre .....

**3/ KENDO ET DA**

**4/ AUTRE ACTIVITE PRATIQUEE**

Autres précisions sur les circonstances de l'accident : .....

Nom et adresse des témoins :

1<sup>er</sup> témoin : .....

2<sup>ème</sup> témoin : .....

3<sup>ème</sup> témoin : .....

**Date :**

**Cachet du club :**

**Nom et signature du déclarant :**