

# Déclaration d'accident

## Saison 2019/2020

Déclarer votre sinistre à l'adresse : [karima.chahed@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:karima.chahed@univ-grenoble-alpes.fr) ou l'adresser à **SUAPS/SIUAPS - U.G.A. Bureau 007 - Les Alpilles 1 - 580 rue des Universités - 38400 Saint-Martin-d'Hères** accompagné des documents suivants :

- La copie de votre licence et/ou de votre carte étudiant
- Un certificat médical initial précisant la nature de vos blessures et la durée de l'inaptitude à la pratique d'activités sportives
- Une déclaration circonstanciée de l'accident

**A transmettre dans les 5 jours**

### Adhérent

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexe :  M  F Nationalité : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Adresse permanente :

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Etes-vous assuré social ?  OUI  NON Nom de votre mutuelle :

Autres assurances ?  OUI  NON / Si OUI coordonnées de votre assureur privé

\_\_\_\_\_ et n° de contrat :

### Circonstances de l'accident

Date de l'accident : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Type d'activité pratiquée :

Étiez-vous en compétition ?  OUI  NON Circonstances de l'accident :

Nature des blessures :

Avez-vous été secouru(e) ?  OUI  NON

Si oui par quels moyens ?  Traîneau  Barquette  Scooter  Hélicoptère / Autres :

Avez-vous été transporté(e) en ambulance ?  OUI  NON Si oui, précisez où ?  Hôpital  Clinique

### L'accident met en cause un tiers

Un Tiers est-il responsable de votre accident ?  OUI  NON

Si oui coordonnées du Tiers :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Adresse permanente : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nature des dommages subis par le tiers matériel corporel :

Coordonnées de son assureur : Nom : \_\_\_\_\_ Police n° : \_\_\_\_\_

Adresse :

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Visa de l'enseignant responsable de l'activité le

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Visa du directeur du SIUAPS le

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_