

**Déclarer votre sinistre à l'adresse : [karima.chahed@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:karima.chahed@univ-grenoble-alpes.fr)**  
**ou l'adresser à SUAPS - U.G.A. 80 Rue Ampère, Domaine Universitaire 38400 Saint-Martin-d'Hères**  
accompagné des documents suivants :

- La copie de votre carte d'étudiant et / ou de votre certificat de scolarité
- La copie de votre carte SUAPS
- 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

## 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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré(e) le:

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

Visa de l'enseignant responsable de l'activité le:

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

Visa du directeur du SUAPS le:

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