

À renvoyer dans les 5 jours à :

Fédération Française de la Montagne et de l'Escalade  
 8/10, quai de la Marne  
 75019 Paris  
 Téléphone : 01 40 18 75 55 - Danica DODEV  
 Télécopie : 01 40 18 75 59  
 E-mail : d.dodev@ffme.fr ou info@ffme.fr  
 Numéro de contrat 42 299 672



**En cas de rapatriement au domicile du bénéficiaire et préalablement à toute intervention, téléphoner à Mondial Assistance France 01 40 25 15 24 ou à partir de l'étranger 33 (1) 40 25 15 24**

## Identité du blessé

Nom et prénom \_\_\_\_\_  
 Adresse complète \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_  
 N° téléphone \_\_\_\_\_ Adresse e-mail \_\_\_\_\_  
 N° de licence FFME (joindre **obligatoirement** photocopie de la licence) \_\_\_\_\_  
 Qualité du blessé :  Dirigeant statutaire  Cadre bénévole  Sportif de haut niveau

## Régime de prévoyance

Le blessé est-il :  assuré social  travailleur indépendant  
 Non assuré social, indiquez la raison \_\_\_\_\_  
 N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Régime complémentaire : le blessé a-t-il une mutuelle ?  Oui  Non  
 Si oui, précisez le nom et l'adresse \_\_\_\_\_  
 Avez-vous un autre contrat susceptible de garantir le présent accident ? (Individuelle accident ou autre)  Oui  Non

## Nature des garanties souscrites

« base 9,80 € »  « base plus 12,80 € »  Option ski de piste  Licence découverte  
 Option A  Option B  Option C

## Identification du club

Nom du club \_\_\_\_\_  
 N° affiliation du club \_\_\_\_\_  
 N° téléphone \_\_\_\_\_ Adresse E-mail \_\_\_\_\_  
 Nom et adresse du correspondant \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Autre assurance du club \_\_\_\_\_

## Renseignements concernant l'accident

Date et heure de l'accident \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ heures  
 Lieu et département (nom du lieu-dit, de la falaise, etc.) \_\_\_\_\_  
 Pays \_\_\_\_\_

**Contexte de l'activité pratiquée au moment de l'accident** (cocher la ou les cases correspondantes)

L'accident s'est produit au cours :

- d'une pratique loisir  
 d'une compétition  d'un échauffement avant compétition  
 d'un entraînement  d'une séance de préparation physique

Activité organisée par le club  Oui  Non

Activité encadrée par le club  Oui  Non

Activité individuelle (hors club)  Oui  Non

En groupe  Oui  Non

Stage FFME  Oui  Non Précisez le N° \_\_\_\_\_

Aucun rapport avec l'exercice d'une activité (trajet, autre : précisez) : \_\_\_\_\_

**Niveau de pratique :**

- Débutant                       Confirmé                       Expert                       Sportif de haut niveau

**Nature de l'activité :**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alpinisme              | <input type="checkbox"/> Ski alpin sur piste   | <input type="checkbox"/> Canyon                    |
| <input type="checkbox"/> Expéditions lointaines | <input type="checkbox"/> Ski alpin hors piste  | <input type="checkbox"/> Escalade en falaise       |
| <input type="checkbox"/> Cascade de glace       | <input type="checkbox"/> Ski de fond           | <input type="checkbox"/> Escalade sur SAE/en salle |
| <input type="checkbox"/> Ski de montagne        | <input type="checkbox"/> Raquettes à neige     | <input type="checkbox"/> Escalade en bloc          |
| <input type="checkbox"/> Surf alpinisme         | <input type="checkbox"/> Randonnée en montagne | <input type="checkbox"/> Autre                     |

Description circonstanciée de l'accident (veuillez être le plus précis possible : déroulement, manœuvre, matériel utilisé, analyse de la situation, début ou fin d'exercice, etc.) :

---

---

---

---

---

---

---

---

Constat ou PV établi par :  Huissier     Gendarmerie     Autre    Précisez : \_\_\_\_\_

N° du constat ou PV : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du ou des témoins : \_\_\_\_\_

---

---

### Identification des blessures

(Attention, toute déclaration non accompagnée d'un certificat médical initial descriptif des blessures ne pourra être enregistrée).

Zone, membre ou articulation concernée : \_\_\_\_\_

Nature des blessures :  Fracture     Entorse     Luxation     Contusion     Poly-traumatisme     Décès     Autre

Précisez : \_\_\_\_\_

Durée de l'arrêt de travail ou éviction scolaire : \_\_\_\_\_

**Implication de tiers dans l'accident :**

Nom, adresse, assurance du responsable (tiers) ou co-responsable de l'accident : \_\_\_\_\_

---

---

Nom et adresse du tiers auquel vous avez causé des dommages (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

---

---

Profession : \_\_\_\_\_

Nature de l'assurance du tiers : \_\_\_\_\_

Nature des dommages causés (corporels, matériels) : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du ou des témoins : \_\_\_\_\_

---

---

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du licencié

Document à fin de remboursement à adresser ultérieurement (décomptes originaux de Sécurité sociale ou de votre Mutuelle).  
Facture originale des frais de secours.

**Conservez un double de votre déclaration.**