

CERCLE DE / DU

1. Club local

Nom : Localité :

2. La victime

Nom : Prénom :

Date de naissance : Tél. :

Adresse :

La victime bénéficie d'une assurance privée hospitalisation :

☐ non

☐ oui auprès de la compagnie

de la Mutualité

3. Description du sinistre

Type d'activité :

Lieu :

Date : Heure :

Circonstances :

.....

.....

Témoins :

.....

Tiers responsable(s) éventuellement :

4. Joindre le certificat d'aptitude physique (ou le *Pass Sport Découverte si séance d'essai*)

Date : Signature de la victime :

Cachet du secrétariat régional

Le responsable du club local :

Nom :

Signature :