



réinventons / notre métier



Fédération Française d'Aïkido, Aïkibudo et Affinitaires
Déclaration d'accident
AXA France Contrat n° 7636992704

PERSONNE BLESSEE OU PERSONNE RESPONSABLE D'UN DOMMAGE

Nom : _____ Date de naissance : _____
Prénom : _____ Sexe : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____ N° de licence : _____
Profession : _____ Tél : _____
Souhaitez-vous communiquer par mail : oui non
Adresse mail : _____

Catégorie du blessé : Licencié pratiquant Enseignant Juge Dirigeant
 Garantie de base Option 1 Option 2
N° affiliation du club : _____ N° Ligue : _____
Nom et adresse du club : _____

REGIMES SOCIAUX DU LICENCIE BLESSE

Salarié Travailleur indépendant Etudiant Autres (*à préciser*)
N° Sécurité Sociale : _____
Mutuelle : oui : (nom de la compagnie et n° de contrat) : _____
 non

CIRCONSTANCES

Date de l'accident : _____ Lieu de l'accident : _____
Disciplines pratiquées : Aïkido Aïkibudo Affinitaires
L'accident s'est produit au cours :
 Entraînement Stage Examen de Grade Examen diplôme d'enseignement
 Autres (*à préciser*)

Indiquer **la nature des blessures** et relater **les faits** avec le plus de précisions possibles, en faisant, si nécessaire, un croquis avec la position exacte du blessé (*sur papier libre*) :

Intervention extérieure (SAMU, Pompiers, Gendarmerie...) : oui non
Hospitalisation : oui non

Nom et adresse des témoins éventuels : _____

Nom et adresse de la victime, en cas de dommages liés à la Responsabilité Civile : _____

PERSONNE EFFECTUANT LA DECLARATION OU TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE DE LA PERSONNE BLESSEE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Adresse email :

Qualité du signataire :

Signature obligatoire :

CADRE RESERVE AU CLUB ORGANISATEUR

Nom du Club :

Adresse du Club :

Qualité du signataire :

Adresse email :

Cachet du club et Signature obligatoires :

IMPORTANT PIECES A JOINDRE

En cas de blessures :

Le formulaire de déclaration, la photocopie licence en cours de validité à la date de l'accident, un certificat médical décrivant les blessures (pièce adressée sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil d'Axa), le cas échéant, un arrêt de travail ou le bulletin d'hospitalisation

En cas de Responsabilité Civile :

Le formulaire de déclaration, la licence du pratiquant responsable, ainsi qu'un devis précisant le montant des réparations à effectuer

En cas de décès :

Le formulaire de déclaration, la licence du pratiquant, un certificat médical indiquant la cause du décès, les coordonnées du notaire chargé de la succession, la copie du Procès-Verbal de Gendarmerie, ses références auprès du Tribunal

Un email de confirmation de réception de cette déclaration vous sera adressé à l'adresse mail communiquée

LA DECLARATION D'ACCIDENT EST A ADRESSER DANS LES CINQ JOURS A :

AGENCE NERESTAN AXA - Mr Montagné Philippe - 6, Cours Goudouli 31130 Quint-Fonsegrives
05 61 200 500
agence.nerestanquint@axa.fr

Jean-Philippe NERESTAN N°Orias 07013491 - Laurent NERESTAN N°Orias 07008987

AXA France IARD. S.A. au capital de 214 799 030 €. 722 057 460 R.C.S. Nanterre. TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460 « **AXA France Vie.** S.A. au capital de 487 725 073,50 €. 310 499 959 R.C.S. Nanterre. TVA intracommunautaire n° FR 62 310 499 959 « **AXA Assurances IARD Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers Siren 775 699 309. TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309 « **AXA Assurances Vie Mutuelle.** Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes. Siren 353 457 245. TVA intracommunautaire n° FR 48 353 457 245 « Sièges Sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex « **Entreprises régies par le code des assurances.** Opérations d'assurance exonérées de TVA - ART 261-C CGI - sauf pour les garanties portées par AXA Assistance France Assurances. Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE CEDEX

Fiche accident déclarative

Edition : 8 février 2018

Cette fiche a pour but de répertorier avec précision les différents types d'accidents pouvant survenir dans notre pratique et d'amener à une réflexion sur l'enseignement et les perfectionnements pouvant éventuellement en découler.


Elle est à renvoyer au médecin de Ligue, ou/et à medecin.federal@aikido.com.fr

Date de l'accident ou de l'incident : / / Ligue

Pratiquant(e) concerné(e) (ne pas indiquer de nom)

Niveau de pratique	<input type="checkbox"/> Kyu	<input type="checkbox"/> Dan	Age	Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
--------------------	------------------------------	------------------------------	-----	------	----------------------------	----------------------------

Accident

Survenu lors d'un	<input type="checkbox"/> Cours au Dojo	<input type="checkbox"/> Stage privé	<input type="checkbox"/> Stage fédéral	<input type="checkbox"/> Hors dojo (démonstration)
Type de problème	<input type="checkbox"/> Malaise	<input type="checkbox"/> Plaie	<input type="checkbox"/> Traumatisme	
Localisation de la lésion (<i>ex: main, tête, pied...</i>)				
Conséquence du traumatisme (<i>ex: entorse, luxation, fracture</i>)				
(Faites une croix sur la zone touchée sur le schéma ci-contre)				
Facteurs favorisants (cocher les cases)				
<input type="checkbox"/> Non-respect des consignes <input type="checkbox"/> Echauffement insuffisant <input type="checkbox"/> Hydratation insuffisante <input type="checkbox"/> Passage de grade <input type="checkbox"/> Beaucoup de monde sur le tatami <input type="checkbox"/> Autre (préciser ci-contre)				

Remplir aussi le verso.

Circonstances de l'accident (technique appliquée, toute autre précision...) La victime était : Uke <input type="checkbox"/> Tori <input type="checkbox"/> Aucun des deux <input type="checkbox"/>	
---	--

Prise en charge de l'accident

Appel du 15 (Service d'urgence médical)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Reparti(e) par lui(elle)-même après les soins	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Accompagné(e) chez elle (lui) ou vers un hôpital par une tierce personne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
L'accident est déclaré à l'assureur de la FFAAA	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Fiche remplie par	<input type="checkbox"/> le blessé <input type="checkbox"/> un responsable du club

A des fins de suivi, il serait utile pour le médecin fédéral de pouvoir recontacter le blessé ou l'encadrant du club afin de connaître le diagnostic final et/ou les conséquences de l'accident. Si vous acceptez de répondre, merci de laisser un numéro de téléphone

.....ou une adresse e-mail@.....

Merci de votre aide !

FFAAA
11, rue Jules Vallès
75011 Paris

