

# LE FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ACCIDENT

Vous devez obligatoirement joindre un certificat médical descriptif des blessures et une photocopie de la licence, par courrier à : MMA – Service Prévoyance – 01, Allée du Wacken – 67978 Strasbourg cedex 9

## IDENTITÉ DU DÉCLARANT

(À remplir par les MMA)

N° de sinistre MMA :

N° de licence ou de carte :

Qualité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal :

Ville : .....

## IDENTITÉ DE LA VICTIME

N° de licence ou de carte :

Qualité : .....

(animateur, baliseur, randonneur ...)

Type de licence ou de carte :  IRA  FRA  IMPN  FMPN  Randocarte®  Randocarte® découverte

IR  FR  FRAMP Date de souscription : ..... Date de souscription : .....

N° association : ..... Comité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal :

Ville : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

Date de l'accident : ..... Lieu et département ou pays de l'accident : .....

Heure de départ de la randonnée : ..... h.....

Heure de l'accident : ..... h.....

Type d'organisation :  Associative  Individuelle

Activité pratiquée :  Randonnée pédestre  Balisage  Raquette à neige

Ski de fond  Ski de piste  Ski de randonnée

VTT  Autre (à préciser) : .....

Circonstances :  Lors du trajet aller/retour  Chute

Lors de la randonnée  Glissade

Autre (à préciser) : .....

Nature du terrain :  Chemin  Balisé  NON Balisé

Route  Terrain en pente, escarpé

Montagne  Pierreux, caillouteux, rocheux

Plaine  Herbeux, broussailleux, enraciné

Forêt  Ruisseau, lac

État du terrain :  Accidenté  Humide, mouillé  Boueux  
 Mal entretenu  Glissant  Glacé  
 Sans risque  Enneigé  Sablonneux

Conditions météorologiques :  Mauvais temps  Pluie  Neige  
 beau temps  Brouillard  Vent

Traumatologie :  Aucune  Autres (à préciser) : .....

Contusions, hématomes

Membres supérieurs  Épaule  Avant-bras  Bras  
 Poignet  Coude  Main

Membres inférieurs  Hanche  Cuisse  Genou  
 jambe  Mollet  Cheville  
 Pied

Face  Crâne  Visage  Œil  
 Dent  Nez

Colonne vertébrale  Abdomen

Thorax  Polytraumatisé

Fracture

Cardio-vasculaire  Angine de poitrine  Infarctus du myocarde  
 Œdème pulmonaire  Autre problème cardio-vasculaire

Neurologique  Accident vasculaire cérébral

Respiratoire :  Asthme  
 Détresse respiratoire  
 Autre problème de nature respiratoire  
 Autre problème neurologique  
 Autre problème de nature accidentelle

Prothèse dentaire  Piqûre (d'insecte...)  
 Prothèse auditive  Morsure  
 Prothèse oculaire

Décès :  Oui  Non

Prise en charge par :  Vous même  Le service d'urgence (SAMU, PGHM, Pompiers, Croix rouge)  
 Un membre du groupe  Un tiers

Y-a-t-il eu évacuation ?  Non  Oui  Ambulance  Véhicule personnel  
 Hélicoptère  Autre

Y-a-t-il eu hospitalisation ? :  Non  Oui  Moins d'une nuit  
 au moins une nuit

Y-a-t-il eu intervention chirurgicale ? :  Non  Oui

Y-a-t-il eu rapatriement ? :  Non  Oui  Par MMA Assistance  
 Par un autre assistant

Y-a-t-il eu dégâts matériel ? :  Non  Oui (à préciser) .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature de l'assuré-licencié ou de son(ses) ayant(s) droit en cas de décès de celui-ci