



DECLARATION D'ACCIDENT  
RESPONSABILITE CIVILE ET RECOURS  
INDEMNITES CONTRACTUELLES  
A ENVOYER DANS LES 3 JOURS A :  
FEDERATION FRANCAISE DE TIR  
38 RUE BRUNEL 75017 PARIS

ETABLIE PAR LE BLESSE, ELLE DOIT ETRE CO-SIGNEE PAR UN RESPONSABLE DU CLUB  
Toute déclaration incomplète retardera le traitement du dossier

Date de l'accident : _____		Heure : _____	
L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS :			
<input type="checkbox"/> d'un trajet <input type="checkbox"/> d'un entraînement <input type="checkbox"/> d'une compétition <input type="checkbox"/> d'une opération « Portes Ouvertes »			
<small>(joindre une attestation sur l'honneur du Président de la Sté de tir)</small>			
Circonstances détaillées de l'accident : _____		Joindre croquis + plan des lieux	
_____			
_____			
_____			
_____			
Arme : Type & calibre : _____			
Nom et adresse du 1 <sup>er</sup> témoin : _____		Tél. _____	
_____		Signature : _____	
Nom et adresse du 2 <sup>ème</sup> témoin : _____		Tél. _____	
_____		Signature : _____	
<b>IDENTIFICATION DE LA VICTIME :</b>			
Nom et prénom :		_____	
Date de naissance :		_____	
Adresse :		_____	
PROFESSION :		N° Tél. : _____	
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR, OU DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE : _____			
<b>RÉGIME DE PREVOYANCE</b>			
<input type="checkbox"/> ASSURE SOCIAL		<input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR INDEPENDANT <input type="checkbox"/> AUTRE	
N° IMMATRICULATION :		_____	
NOM DE L'ASSURE SOCIAL (en préciser la raison) :		_____	
Le blessé a-t-il une mutuelle ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (nous préciser)			
_____			
<b>RÉGIME COMPLEMENTAIRE</b>			
LE NOM DE CETTE MUTUELLE :		_____	
ADRESSE :		_____	
N° DU CONTRAT :		_____	
COORDONNEES EXACTES DE L'ASSUREUR PERSONNEL (nom, adresse, n° de contrat) : _____			
LICENCIE F.F. TIR : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (SI OUI, JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DE LA LICENCE)			
NOM ET N° AFFILIATION DE LA SOCIETE DE TIR : _____			
ADRESSE : _____			
CATEGORIE (cocher la catégorie concernée)			
A T1 <input type="checkbox"/>		B 1 <input type="checkbox"/>	
T2 <input type="checkbox"/>		B2 <input type="checkbox"/>	
T3 <input type="checkbox"/>		C T1 <input type="checkbox"/>	
		T2 <input type="checkbox"/>	
		T3 <input type="checkbox"/>	



IDENTIFICATION DE L'AUTEUR PRÉSUMÉ DU SINISTRE :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
N° Tél. : \_\_\_\_\_  
LICENCIE F.F. TIR :  OUI  NON (SI OUI, JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DE LA LICENCE)

NOM ET N° AFFILIATION DE LA SOCIETE DE TIR : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NATURE DES DOMMAGES SUBIS PAR LA VICTIME ET/OU OCCASIONNÉS PAR L'AUTEUR PRÉSUMÉ DU SINISTRE :

MATERIELS  (Veuillez les détailler)

CORPORELS  (Veuillez joindre le certificat médical d'origine)

**TOUTE DECLARATION D'ACCIDENT, NON ACCOMPAGNEE DU CERTIFICAT MEDICAL D'ORIGINE, NE POURRA ETRE ENREGISTREE.**

**CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT**

Description des blessures .....

.....

.....

En cas de blessure d'un membre : Etes-vous droitier gaucher

Avez-vous été hospitalisé : non oui (durée : ..... Jours)

Hôpital : ..... Service : .....

Avez-vous arrêté le travail ? non oui

De quelle date à quelle date ? .....

Date de reprise de travail envisagée : .....

La personne qui a rempli ce questionnaire est-elle la victime ? oui non

« Lu et approuvé »  
Signature de l'assuré

« Lu et approuvé »  
Signature du déclarant (si non licencié)

« Lu et approuvé »  
Nom et signature du responsable de la Société de Tir

**NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSE DE RECEPTION (EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS OU MATERIELS SUBIS PAR UN ASSURE) :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_