

CIRCONSTANCES DES DOMMAGES

De quelle discipline s'agissait-il ?

ROUTE CYCLO-CROSS VTT PISTE BMX SALLE AUTRE A PRECISER :

Si les dommages ont eu lieu en compétition, précisez :

L'INTITULE DE L'EPREUVE :

ETAIT-ELLE INSCRITE AU CALENDRIER FFC ? OUI NON - N° DE L'ATTESTATION :

NOM DE L'ORGANISATEUR : N° AFFILIATION :

ADRESSE :

CORRESPONDANT (NOM ET PRENOM) :

TELEPHONE : TELECOPIE : E-MAIL :

NOM DU COMITE REGIONAL :

Si les dommages n'ont pas eu lieu en compétition, précisez les circonstances :

ENTRAINEMENT COLLECTIF ENTRAINEMENT INDIVIDUEL USAGE PRIVE ET/OU DE LOISIR NON SPORTIF AUTRE :

S'AGISSAIT-IL D'UNE MANIFESTATION ORGANISEE PAR UN CLUB ? OUI NON - LEQUEL ? :

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES A PROPOS DES RESPONSABILITES:

LA RESPONSABILITE D'UNE AUTRE PERSONNE PEUT-ELLE ETRE ENGAGEE ? OUI NON

SI OUI, QUELLES SONT LES COORDONNEES DE CETTE PERSONNE OU DE SON ASSUREUR ?

.....

.....





SI L'ACCIDENT EST SURVENU LORS DE SA PRATIQUE CYCLISTE, LE RESPONSABLE A-T-IL COMMIS UNE FAUTE CONTRE LE JEU RESULTANT

D'UN ACTE DELOYAL OU AGRESSIF ? OUI (JOINDRE ETAT DES RESULTATS) NON

INFORMATIONS DIVERSES :

.....

N'oubliez pas de joindre à la présente déclaration :

| | |
|--|---|
|  EN CAS DE SINISTRE SURVENANT EN COMPETITION | . COPIE DE L'ATTESTATION D'ASSURANCE COURSE ; . COPIE DES ARRETES PREFECTORAUX ET MUNICIPAUX ; . COPIE DES EVENTUELLES CONVENTIONS PASSES AVEC L'ÉTAT, LES COLLECTIVITES LOCALES, TERRITORIALES OU LA CROIX ROUGE ; . ÉTAT DES RESULTATS SI MISE EN CAUSE D'UN AUTRE CYCLISTE. |
|  EN CAS DE SINISTRE IMPLIQUANT AU MOINS UN LICENCIÉ | COPIE DE LA LICENCE FFC DE LA VICTIME ET/OU DE L'AUTEUR DE L'ACCIDENT. |
|  EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS | L'ATTESTATION MEDICALE CI-APRES OU CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR VOTRE MEDECIN (A JOINDRE A VOTRE DECLARATION SOUS ENVELOPPE CACHETEE). |
|  LE CAS ECHEANT | LE PROCES VERBAL DE GENDARMERIE OU DE POLICE. |

LE SIGNATAIRE DE LA PRESENTE DECLARATION S'ENGAGE A NE FOURNIR QUE DES RENSEIGNEMENTS EXACTS ET A NE SUPPRIMER VOLONTAIREMENT AUCUN FAIT.

TOUTE RETICENCE OU DECLARATION INTENTIONNELLEMENT FAUSSE, SUR LA NATURE, LES CAUSES ET LES CIRCONSTANCES DU SINISTRE ENTRAINERA LA DECHEANCE DE LA GARANTIE POUR CE SINISTRE.

FAITA :

LE

NOM ET QUALITE DU DECLARANT :

SIGNATURE

A JOINDRE A VOTRE DECLARATION EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS, SOUS ENVELOPPE CACHETEE

ATTESTATION MEDICALE INITIALE

JE SOUSSIGNE(E) DOCTEUR , CERTIFIE AVOIR EXAMINE

CE JOUR :

MONSIEUR-MADAME-MADEMOISELLE

A LA SUITE DE L'ACCIDENT DU

ET JE CONSTATE (DESCRIPTION DES BLESSURES) :

A PREVOIR : HOSPITALISATION DE JOURS / ARRET DE TRAVAIL DE JOURS

PROBABLE INVALIDITE : OUI NON

TAUX : ----- %

FAIT A :

SIGNATURE :

LE :