



DÉCLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

À COMPLÉTER (RECTO VERSO) ET À RETOURNER AU CABINET LAFONT

LE CLUB	LA VICTIME
N° affiliation F.F.E.S.S.M. : Nom du club : Adresse : Adresse mèl :	Nom : Prénom : Adresse : Adresse mèl : N° de licence fédérale : ASSURANCE INDIVIDUELLE COMPLÉMENTAIRE : SI OUI : <input type="checkbox"/> Loisir 1 <input type="checkbox"/> Loisir 2 <input type="checkbox"/> Loisir 3 <input type="checkbox"/> Piscine <input type="checkbox"/> Pro basic <input type="checkbox"/> Pro 1 <input type="checkbox"/> Pro 2 <input type="checkbox"/> Pro 3 Niveau de plongée :
L'AUTEUR DU SINISTRE	L'ACCIDENT
Nom : Prénom : Date et lieu de naissance : N° de licence fédérale : N° d'affiliation du club : Niveau de plongée : Adresse : Adresse mèl :	Date : Heure : Lieu de l'accident : Code postal : Profondeur : Température : N° de PV : Établi par :

TYPE DE PLONGÉE PRATIQUÉE

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Club | <input type="checkbox"/> Hors Club | | | |
| <input type="checkbox"/> Apnée | <input type="checkbox"/> Scaphandre | <input type="checkbox"/> Technique | <input type="checkbox"/> Exploration | <input type="checkbox"/> Pêche Sous-Marine |
| | | | | <input type="checkbox"/> Hockey Subaquatique |
| <input type="checkbox"/> Piscine | <input type="checkbox"/> Mer | <input type="checkbox"/> Fosse | <input type="checkbox"/> Grotte | |
| <input type="checkbox"/> Sous Glace | <input type="checkbox"/> Lac | <input type="checkbox"/> Carrière | <input type="checkbox"/> Étang | |
| <input type="checkbox"/> Gravière | <input type="checkbox"/> Rivière | <input type="checkbox"/> Autre | | |

