



GROUPE MDS
MDS Conseil

DECLARATION INDIVIDUELLE ACCIDENT CORPOREL



À ADRESSER DANS LES 5 JOURS A
MDS CONSEIL 43 rue Scheffer – 75016 PARIS
Tel 01 53 04 86 61 / Fax 01 53 04 86 10
Email : contact@mdsconseil.fr

Contrat n° 1841 (Mutuelle des Sportifs)
Contrat n° 116.434.990 (Covea Risks)

Gagnez du temps. Cette déclaration peut être faite par internet sur le site www.ffjudo.com

PIECES A JOINDRE

Un certificat médical établi par le médecin consulté le jour de l'accident. Ce document est à adresser à MDS CONSEIL sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs et devra comporter les mentions suivantes :

- | | |
|---|---|
| → Date de l'examen médical | → Date de l'accident |
| → Nature et siège des blessures | → Durée de l'incapacité sportive totale minimum |
| → Durée de l'arrêt de travail s'il y a lieu | |

En cas de décès : Certificat de décès indiquant la cause du décès (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs), coordonnées du Notaire chargé de la succession, copie du procès verbal de gendarmerie ou du rapport de police.

LE CLUB

Nom du club : N° d'affiliation :
Nom du déclarant : Qualité :
Adresse du déclarant :

PERSONNE BLESSEE

Nom : Date de naissance :
Prénom : Sexe : M F
Adresse :
Code postal : Bureau distributeur :
Téléphone : Profession :
Représentant légal (nom et qualité) :
Le blessé a-t-il souscrit une garantie complémentaire SPORTMUT FFJDA : OUI NON

Régime de prévoyance obligatoire :

Le blessé est : Assuré social Travailleur indépendant/ profession libérale Autre

N° Immatriculation : Nom de l'organisme :

Régime de prévoyance complémentaire : OUI NON

Nom de la mutuelle ou de l'organisme assureur : N° Contrat :

Adresse:

Identification sportive :

N° de licence :

Le blessé est : Pratiquant Enseignant Dirigeant Sportif de haut niveau

Grade : Date début de pratique :

Si interruption de la pratique, durée de l'interruption : Date de reprise :

Le blessé est-il hospitalisé ? NON OUI Nom de l'établissement :

Précisions complémentaires :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT CORPOREL (plusieurs choix possibles)

Date de l'accident : Nom de la manifestation :

Localité : Département :

a) Sur le tatami:

- | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> entraînement | <input type="checkbox"/> tournoi | <input type="checkbox"/> compétition loisir | <input type="checkbox"/> compétition sportive | <input type="checkbox"/> passage de grades |
| <input type="checkbox"/> échauffement | <input type="checkbox"/> musculation | <input type="checkbox"/> uchikomi | <input type="checkbox"/> randori | <input type="checkbox"/> shiai |

b) Hors tatami :

- vestiaires gradins autre : trajet

Discipline pratiquée

- judo jujitsu taïso kendo iaïdo naginata jodo chanbara kyudo sumo

Le blessé est : TORI UKE pratiquant seul

JUDO - Mouvement à l'origine de la blessure effectué par : TORI ou UKE

- jambe hanche bras épaule sutemi

Projection : avant arrière latérale

- immobilisation strangulation clé autre

JUJITSU - Mouvement à l'origine de la blessure effectué par : TORI ou UKE

- Atemi Projection Clé strangulation Autre

Kendo et DA - Technique à l'origine de la blessure effectuée par : TORI ou UKE

Autre discipline - Pratique ou exercice effectué à l'origine de la blessure :

BLESSURE APPAREMMENT CONSTATEE (Plusieurs choix possibles)

Localisation de la blessure apparemment constatée (plusieurs choix possibles)

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doigt | <input type="checkbox"/> épaule | <input type="checkbox"/> nez | <input type="checkbox"/> jambe | <input type="checkbox"/> rachis cervical |
| <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> clavicule | <input type="checkbox"/> oreille | <input type="checkbox"/> genou | <input type="checkbox"/> rachis dorsal |
| <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> tête | <input type="checkbox"/> abdomen | <input type="checkbox"/> cheville | <input type="checkbox"/> rachis lombaire |
| <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> face | <input type="checkbox"/> thorax/côtes | <input type="checkbox"/> pied | <input type="checkbox"/> organes génitaux |
| <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> œil | <input type="checkbox"/> bassin | <input type="checkbox"/> orteil | |
| <input type="checkbox"/> Bras | <input type="checkbox"/> dent | <input type="checkbox"/> hanche | <input type="checkbox"/> autre : | |

Type de blessure apparemment constatée (plusieurs choix possibles)

- Fracture entorse hématome lésions musculaires
- Luxation plaie contusion
- Autres :

Autres précisions sur les circonstances de l'accident :

Nom et adresse des témoins :

Date :

Cachet du club :

Signature du déclarant :