



FEDERATION SENEGALAISE DE RUGBY

DECLARATION D'ACCIDENT



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB

Nom du club :
Adresse :
Ville :
Représentant du Club présent : Téléphone : Fonction :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BLESSE

N° de licence (obligatoire) :
Catégorie du licencié : Dirigeant Arbitre Educateur Joueur 19 ans et + Joueur - 19 ans
Catégorie du jeu : XV normal Effectif réduit
Nom du **Blessé** : Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Ville : Numéro de téléphone :
Profession du blessé :
Nom et adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire, universitaire :
Affiliation à une IPM ou Mutuelle : OUI NON Si oui, merci de préciser :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

L'accident s'est produit au cours d'un : Entraînement Match Amical Compétition Transport
Titre de compétition et association en présence :
Niveau : International National
Date de l'accident : Heure : Lieu :
Circonstances :
.....
.....
.....
Poste occupé par le joueur :
Nom du **Témoin** : Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Ville : Numéro de téléphone :
Signature du témoin :
Nom du **tiers responsable** (facultatif) : Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Ville : Numéro de téléphone :
Signature du tiers responsable :

Déclaration Faite à le

Signature du Blessé :

Certifie exacte la présente déclaration

Signature du Représentant du club présent :

Certifie exacte la présente déclaration

Cachet de la Fédération Sénégalaise de Rugby

CERTIFICAT MEDICAL D'ORIGINE

Fait à le

Je soussigné,

Docteur en médecine à Ville : Numéro de téléphone

Déclare avoir examiné le Nom du **Blessé** : Prénom : Date de naissance :

Victime d'un accident le

Et avoir constaté les lésions suivantes : (siège et nature) :

.....
.....

Durée de l'arrêt du travail ou d'incapacité physique totale : Jours.

Durée de l'arrêt d'activité sportive : jours.

La déclaration de cet accident (régime maladie) a-t-elle été faite à la Caisse de Sécurité Sociale ou à une IPM ? OUI NON

L'état de santé de l'intéressé donnera-t-il lieu lors de la consolidation à une I.P.P. ?

(Compte tenu des éléments actuellement en ma possession) OUI NON

Je prévois des séquelles importantes à venir OUI NON

Certificat sur papier libre remis à l'intéressé sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit, non valable devant les Tribunaux.

Signature du blessé

Cachet et signature du médecin

RAPPEL DES PRESCRIPTIONS CONCERNANT LA DECLARATION D'ACCIDENT

A) ETABLISSEMENT DE LA DECLARATION D'ACCIDENT

Toutes déclarations, signées obligatoirement par le blessé (sauf empêchement suivant la nature de l'accident) doivent être certifiées conformes par le secrétaire de l'association, à défaut par un dirigeant responsable et parfaitement accrédité.

Le dirigeant doit avant l'envoi, compléter la déclaration des omissions qu'il aurait pu constater.

Pour qu'un accident soit enregistré dans les délais les plus réduits, sans préjudice pour les blessés, il est indispensable de compléter d'une manière précise les différentes rubriques exposées sur le formulaire.

Les documents mal rédigés ou insuffisamment établis seront retournés à leur expéditeur et retarderont d'autant l'enregistrement de l'accident.

La déclaration doit être envoyée à Gras Savoye Sénégal au plus tard 72 heures après l'accident.

B) RECOMMANDATIONS

En cas d'accident nécessitant une intervention urgente validée par l'équipe médicale, le joueur blessé sera dirigé vers un établissement conventionné par l'assureur.

En cas de soins ne nécessitant pas une intervention urgente, une demande de prise en charge doit être retirée auprès du médecin conseil de Gras Savoye du lundi au Vendredi entre 09.00 heures et 13.00 heures :

GRAS SAVOYE SENEGAL
Immeuble Isocèle au Point E (Face Piscine Olympique)
Rue de Diourbel - BP 09
DAKAR
Fax : 33 824 93 92
Mail : sante@sn.grassavoye.com