



# DECLARATION INDIVIDUELLE ACCIDENT CORPOREL



**À ADRESSER DANS LES 5 JOURS A**

MDS CONSEIL 43 rue Scheffer – 75116 PARIS  
Tel 01 53 04 86 20 / Fax 01 53 04 86 10  
Email : prestations@grpmds.com

Accord collectif n° 2036 (Mutuelle des Sportifs)

**Gagnez du temps. Cette déclaration peut être faite par internet sur le site [www.ffjudo.com](http://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
- Nature et siège des blessures
- Durée de l'arrêt de travail s'il y a lieu
- Date de l'accident
- Durée de l'incapacité sportive totale minimum

**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 :  Praticant  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 :

- |                                     |                                  |  |                                 |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vestiaires | <input type="checkbox"/> gradins | <input type="checkbox"/> autre : ..... | <input type="checkbox"/> trajet |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|

Discipline pratiquée

- |                               |                                  |                                |                                |                                |                                   |                               |                                   |                                |                               |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> judo | <input type="checkbox"/> jujitsu | <input type="checkbox"/> taïso | <input type="checkbox"/> kendo | <input type="checkbox"/> iaïdo | <input type="checkbox"/> naginata | <input type="checkbox"/> jodo | <input type="checkbox"/> chanbara | <input type="checkbox"/> kyudo | <input type="checkbox"/> sumo |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|

Le blessé est :  TORI  UKE  pratiquant seul

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

<input type="checkbox"/> jambe	<input type="checkbox"/> hanche	<input type="checkbox"/> bras	<input type="checkbox"/> épaule	<input type="checkbox"/> sutemi
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Projection :  avant  arrière  latérale

<input type="checkbox"/> immobilisation	<input type="checkbox"/> strangulation	<input type="checkbox"/> clé	<input type="checkbox"/> autre
---	--	------------------------------	--------------------------------

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

<input type="checkbox"/> Atemi	<input type="checkbox"/> Projection	<input type="checkbox"/> Clé	<input type="checkbox"/> strangulation	<input type="checkbox"/> 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)

- |                                   |                                  |                                    |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> entorse | <input type="checkbox"/> hématome  | <input type="checkbox"/> lésions musculaires |
| <input type="checkbox"/> Luxation | <input type="checkbox"/> plaie   | <input type="checkbox"/> contusion |  |
| <input type="checkbox"/> Autres : | .....                            |                                    |  |

Autres précisions sur les circonstances de l'accident : .....

Nom et adresse des témoins : .....

Date :

Cachet du club :

Signature du déclarant :