

**LE FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT**

Vous devez obligatoirement joindre un certificat médical descriptif des blessures et une photocopie de la licence, par courrier à : MMA – Service Prévoyance – 01, Allée du Wacken – 67978 Strasbourg cedex 9

**IDENTITE DU DECLARANT**

(A remplir par les MMA)  
 N° de sinistre MMA :

N° de licence ou de carte : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ..... Qualité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ..... Ville : .....

**IDENTITE DE LA VICTIME**

N° de licence ou de carte : ..... Qualité : .....  
 (animateur, baliseur, randonneur ...)

Type de licence ou de carte :  IRA  FRA  IMPN  FMPN  Randocarte  Randocarte découverte  
 IR  FR  FRAMP Date de souscription : ..... Date de souscription : .....

N° association : ..... Comité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ..... Ville : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

Date de l'accident : ..... Lieu et département ou pays de l'accident : .....

Heure de départ de la randonnée : H ..... Heure de l'accident : H .....

Type d'organisation :  Associative  Individuelle

Activité pratiquée :  Randonnée pédestre  Balisage  Raquette à neige  
 Ski de fond  Ski de piste  Ski de randonnée  
 VTT  Autre (à préciser) :

Circonstances :  Lors du trajet aller/retour  Chute  Glissade  
 Lors de la randonnée  Autre (à préciser) :

Nature du terrain :  Chemin  Balisé  NON Balisé  
 Route  Terrain en pente, escarpé  
 Montagne  Pierreux, caillouteux, rocheux  
 Plaine  Herbeux, broussaillieux, enraciné  
 Forêt  Ruisseau, lac

**Etat du terrain :**  Accidenté  Humide, mouillé  Boueux  
 Mal entretenu  Glissant  Glacé  
 Sans risque  Enneigé  Sablonneux

**Conditions Météorologiques**  Mauvais temps  Pluie  Neige  
 beau temps  Brouillard  Vent

**Traumatologie :**  Aucune  Autres (A préciser)

<input type="checkbox"/> Contusions, hématomes	<input type="checkbox"/> Epaule	<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/> Bras
<input type="checkbox"/> Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Main
<input type="checkbox"/> Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Genou
	<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Mollet	<input type="checkbox"/> Cheville
	<input type="checkbox"/> Pied		
<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Crâne	<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Œil
	<input type="checkbox"/> Dent	<input type="checkbox"/> Nez	
<input type="checkbox"/> Colonne vertébrale			
<input type="checkbox"/> Abdomen			
<input type="checkbox"/> Thorax			
<input type="checkbox"/> Polytraumatisé			
<input type="checkbox"/> Fracture			
<input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> Angine de poitrine		
	<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde		
	<input type="checkbox"/> Œdème pulmonaire		
	<input type="checkbox"/> Autre problème cardio-vasculaire		
<input type="checkbox"/> Neurologique	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral		

**Respiratoire :**  Asthme  
 Détresse respiratoire  
 Autre problème de nature respiratoire  
 Autre problème neurologique  
 Autre problème de nature accidentelle

<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/> Piqûre (d'insecte...)
<input type="checkbox"/> Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> Morsure
<input type="checkbox"/> Prothèse oculaire	

**Décès :**  Oui  Non

**Prise en charge par :**  Vous même  
 Le service d'urgence (SAMU, PGHM, Pompiers, Croix rouge)  
 Un membre du groupe  
 Un tiers

**Y-a-t-il eu évacuation ?**  Non  Oui  Ambulance  
 Véhicule personnel  
 Hélicoptère  
 Autre

**Y-a-t-il eu Hospitalisation ?**  Non  Oui  Moins d'une nuit  
 au moins une nuit

**Y-a-t-il eu hospitalisation chirurgicale ?**  Non  Oui

**Y-a-t-il eu Rapatriement ?**  Oui  Par MMA Assistance  
 Non  Par un autre assistant

**Y-a-t-il eu dégâts Matériel ?**  Non  Oui (à préciser)

Fait à : .....

Le : .....

Signature :