

CABINET LAFONT

Service FFESSM

52, boulevard Clemenceau

66000 PERPIGNAN

Tél : 04 68 35 22 26

Fax : 04 68 35 11 05

e-mail : agence.jeanlafont@axa.fr

www.cabinet-lafont.com



DÉCLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

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

LE CLUB	LA VICTIME			
N° affiliation FF.E.S.S.M. :	Nom :			
Nom du club :	Prénom :			
.....	Adresse :			
Adresse :			
.....	N° de licence fédérale :			
.....	ASSURANCE INDIVIDUELLE COMPLÉMENTAIRE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
.....	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 :	Date : Heure :			
Prénom :	Lieu de l'accident :			
Date et lieu de naissance :	Code postal :			
.....	Profondeur :			
N° de licence fédérale :	Température :			
N° d'affiliation du club :	N° de PV :			
Niveau de plongée :	Établi par :			
Adresse :			
.....				
.....				
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"/> 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		

