

**BOIS-COLOMBES-SPORTS**  
Siège Social : HOTEL DE VILLE  
92270 - BOIS-COLOMBES

Police d'Assurances : N° 49.952.594

Cabinet Assurances COLDEFY  
77 boulevard de Créteil  
94100 - SAINT-MAUR-DES-FOSSES

**DECLARATION D'ACCIDENT**

*à remplir dans les 48 heures.*

Nom du blessé  
(En CAPITALES) .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse complète .....

Assuré Social ou Caisse spéciale  
(N ° matricule) : .....

Date de l'accident : ..... Heure : .....

Lieu : .....

Sport ou activité pratiqué : .....

Causes et circonstances de l'accident : .....

Premier médecin consulté : .....

Témoins, noms et adresses : M. ....

M. ....

A ..... Le .....

Signature du blessé,

Signature des témoins,

**CERTIFICAT MEDICAL**

.....le .....

Je soussigné.....

Docteur en Médecine à .....

déclare avoir examiné le.....

M.....

Profession....., Membre de Bois-Colombes-Sports

Victime d'un accident le .....

au cours d' .....

M..... est atteint d.....

Cet accident (ne) nécessitera (un - pas d') arrêt

d'activité sportive .....

de travail de .....

La déclaration de cet accident (régime maladie)

est - n'est pas - faite à la Sécurité Sociale ou à la Caisse de Secours.

Signature du Médecin

IMPRIME À REMETTRE DÛMENT COMPLETE à :  
BOIS-COLOMBES-SPORTS  
15, rue Charles-Duflos - 92270 BOIS-COLOMBES

**(RAYER LES MENTIONS INUTILES)**