



**GROUPE MDS**  
**MDS Conseil**

## DECLARATION INDIVIDUELLE ACCIDENT CORPOREL



**À ADRESSER DANS LES 5 JOURS A**  
MDS CONSEIL 43 rue Scheffer – 75016 PARIS  
Tel 01 53 04 86 16 / Fax 01 53 04 86 10  
Email : contact@mdsconseil.fr

Contrat n° 1841 (Mutuelle des Sportifs)  
Contrat n° 49646610 (Allianz)

**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                  | → Date de l'accident                            |
| → Nature et siège des blessures             | → Durée de l'incapacité sportive totale minimum |
| → Durée de l'arrêt de travail s'il y a lieu |   |

**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 :  Pratiquant  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 :

- vestiaires       gradins       autre : .....       trajet

### Discipline pratiquée

- judo     jujitsu     taïso     kendo     iaïdo     naginata     jodo     chanbara     kyudo     sumo

Le blessé est :       TORI       UKE       pratiquant seul

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

- jambe       hanche       bras       épaule       sutemi

Projection :       avant       arrière       latérale

- immobilisation     strangulation     clé       autre .....

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

- Atemi       Projection       Clé       strangulation       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)

- Fracture       entorse       hématome       lésions musculaires
- Luxation       plaie       contusion
- Autres : .....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Nom et adresse des témoins : .....

.....

.....

Date :

Cachet du club :

Signature du déclarant :