



# FEDERATION SENEGALAISE DE RUGBY

## DECLARATION D'ACCIDENT



### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CLUB

Nom du club : .....

Adresse : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BLESSE

N° de licence (obligatoire) .....

Catégorie du licencié : Dirigeant  Arbitre  Educateur  Joueur 19 ans et +  Joueur - 19 ans

Nom du **Blessé** : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Ville : ..... Numéro de téléphone : .....

Nom et adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire, universitaire : .....

Affiliation à une IPM ou Mutuelle : OUI  NON  Si oui, merci de préciser : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

L'accident s'est produit au cours d'un : Entraînement  Match Amical  Compétition  Transport

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

Circonstances : .....

Nom du **Témoin** : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Ville : ..... Numéro de téléphone : .....

Signature du témoin :

Déclaration Faite à ..... le .....

**Signature du Blessé :**

*Certifie exacte la présente déclaration*

**Signature du Représentant du club présent :**

*Certifie exacte la présente déclaration*

*Cachet de la Fédération Sénégalaise de Rugby*

## CERTIFICAT MEDICAL D'ORIGINE

Je soussigné, .....

Déclare avoir examiné le ..... Nom du **Blessé** : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Victime d'un accident le .....

Et avoir constaté les lésions suivantes : (siège et nature) : .....

Durée de l'arrêt du travail ou d'incapacité physique totale : ..... Jours.

Signature du blessé

Cachet et signature du médecin

## RAPPEL DES PRESCRIPTIONS CONCERNANT LA DECLARATION D'ACCIDENT <sup>A)</sup>

ETABLISSEMENT DE LA DECLARATION D'ACCIDENT Toutes déclarations, signées obligatoirement par le blessé (sauf empêchement suivant la nature de l'accident) doivent être certifiées conformes par un dirigeant responsable et parfaitement accrédité. Le dirigeant doit avant l'envoi, compléter la déclaration des omissions qu'il aurait pu constater. Les documents mal rédigés ou insuffisamment établis seront retournés à leur expéditeur et retarderont d'autant l'enregistrement de l'accident. La déclaration doit être envoyée à Gras Savoye Sénégal au plus tard 72 heures après l'accident. B) RECOMMANDATIONS En cas d'accident nécessitant une intervention urgente validée par l'équipe médicale, le joueur blessé sera dirigé vers un établissement conventionné par l'assureur. En cas de soins ne nécessitant pas une intervention urgente, une demande de prise en charge doit être retirée auprès du médecin conseil de Gras Savoye du lundi au Vendredi entre 09.00 heures et 13.00 heures : **GRAS SAVOYE SENEGAL Immeuble Isocèle au Point E (Face Piscine Olympique) Rue de Diourbel - BP 09 DAKAR Fax : 33 824 93 92 Mail : sante@sn.grassavoie.com**