FICHE DE DECLARATION D'ACCIDENT

Nom : …… **Prénom : ……**

Date de naissance : …… / …… / ……

Adresse : ……

Code postal : …… **Ville : ……**

Tél : …… **E-mail : ……**

Profession : ……

N° de Sécurité Sociale : ……

Nom de mutuelle : ……

Lieu et circonstances de l'accident : ……

……

……

Partie endommagée : ……

Fiche à transmettre, par courier ou par mail, accompagné d'une copie du certificat medical, à :

M. Christophe PIERRAIN
Tél. : 06 07 31 70 62
Mél. : christophe.pierrain@sfr.fr

Siège social : Maison des Sports
Rue Montigny
76200 DIEPPE

Tél : 06 73 59 46 28
Mail : dieppeenvolleyvous@free.fr
Site web : dieppeenvolleyvous.free.fr