

DECLARATION C.S.M.S. : REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX



A envoyer à la C.S.M.S. dans un délai de 60 jours!



1. Saisie

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Identité du club

Nom du club : *

Nom de la Fédération : *

Nom du signataire *
(un responsable du club)

Identité du blessé

Nom : *

Prénom : *

Licence n° : *

Date de naissance : *

Numéro, rue : *

Localité : *

Code postal : *

Pays : *

Numéro de téléphone fixe : *

GSM : *

E-mail : *

N° de compte (IBAN) *

Date de l'accident sportif: *

2. Signature (d'un responsable du club)

La signature ci-après certifie la conformité des données fournies

Fait à : *

Le : *

Signature : *

3. Saisie du médecin

Identité du médecin

Nom du médecin : *

Prénom du médecin : *

Attestation médicale

Début du traitement : *

Diagnostic : *

Faut-il prévoir une interruption
de travail? *

Oui Non

Si oui, pour quelle durée : *

4. Signature (du médecin)

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

La signature ci-après certifie la conformité des données fournies :

Fait à : *

Le : *

Signature
et cachet : *

Réservé à l'administration

N° d'accident :