

## 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 :