

# DECLARATION DE SINISTRE

Police Numéro 86 011 543  
GAN EURO COURTAGE

Dossier N° \_\_\_\_\_

ANNEE :

Date du séjour : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**A. Pour les PARTICIPANTS , PERSONNEL d'Encadrement ou Technique**

NOM :

Adresse : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de Naissance :

Nom du C.E ou du Sce Social : \_\_\_\_\_

**B. Pour les HOTELIERS (si dégradation matériel centre uniquement)**

Adresse : \_\_\_\_\_

NOM du CENTRE :

Date du sinistre : 

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Heure :

Lieu : \_\_\_\_\_

Nature du Sinistre : 

<input type="checkbox"/> CORPOREL	<input type="checkbox"/> MALADIE	<input type="checkbox"/> MATERIEL	<input type="checkbox"/> R.C.
-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

(Rayer les mentions inutiles)

Témoïn :

CIRCONSTANCES

Nom, Prénom :

Adresse :

Tiers :

Nom, Prénom :

Adresse :

PV de Police ou de Gendarmerie :

Etabli par :

Nom et adresse du CENTRE de VACANCES :

COCKTAIL

73500 - SOLLIERES SARDIERES

Déclarant (Directeur/trice) :

Nom, Prénom : Cyril LEMAIRE

Signature :

ACCIDENTS CORPORELS : Renseignements complémentaires à fournir.

Voir verso -->

**DOCUMENTS OBLIGATOIRES :**

**RADIOS (à faire et à insérer dans les valises)**

**LA FOURNITURE DU CERTIFICAT MEDICAL DE CONSTATATION DE BLESSURE**

**NATURE DES LESIONS**


**DIAGNOSTIC**


Coordonnées du MEDECIN

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées de l'HOPITAL

Nom de l'Hôpital : \_\_\_\_\_  
Service : \_\_\_\_\_  
Nom du Médecin : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**En cas d'hospitalisation**

Date d'entrée : \_\_\_\_\_ Date de sortie : \_\_\_\_\_

**Si RAPATRIEMENT SANITAIRE , date du rapatriement :** \_\_\_\_\_