

# LE FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ACCIDENT

Pour accélérer le traitement de votre dossier, merci d'effectuer votre déclaration d'accident en ligne : [www.ffrandonnee.fr](http://www.ffrandonnee.fr) Rubrique Extranet> Déclarer un sinistre

Toutes les rubriques sont importantes. Veuillez les remplir le plus complètement possible

## IDENTITÉ DU DÉCLARANT

Le déclarant .....  est la victime  n'est pas la victime  
N° de licence ou de carte : ..... Qualité (animateur, président, randonneur...): .....  
N° d'association ou Comité : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

## IDENTITÉ DE LA VICTIME

### Couverture

N° de licence ou de carte : .....  
Qualité (animateur, baliseur, collecteur, randonneur...): .....  
Type de Licence ou de carte:  IRA  FRA  FRAMP  IMPN  FMPN  
 Randocarte®  Carte de Baliseur/Collecteur officiel  
Date de souscription: .....  
N° d'association : ..... Comité : .....  
Nom: ..... Prénom : .....  
Adresse: .....  
Code postal: ..... Ville: .....  
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) ..... Sexe:  Féminin  Masculin

## L'ACCIDENT

Date de l'accident (JJ/MM/AAAA) ..... /..... /..... Lieu et département (ou pays) de l'accident  
Heure de départ de la randonnée : ... h ... Heure de l'accident : ... h ...  
Distance totale de la rando prévue : ..... km Dénivelé positif total prévu : ..... m  
Type d'organisation:  Associative  Individuelle  
Coordonnées GPS du lieu de l'accident (facultatif) : .....

### Activité pratiquée:

Randonnée pédestre  Marche Nordique  Marche Aquatique Côtière  
 Balisage/ Collecte  Raquette à neige  Ski de fond  
 Ski de piste  Ski de randonnée  VTT  
 Autre (à préciser): .....

### Circonstances

Lors du trajet aller/retour  Lors de la randonnée  
 Chute  Glissade  
 Autre (à préciser): .....  
Utilisation des bâtons de randonnée au moment de l'accident :  Oui  Non

**Nature du terrain**

- Itinéraire balisé       Itinéraire non balisé       Hors itinéraire  
 Route       Autres (préciser) :

**Conditions météorologiques**

- Pluie       Neige       Beau temps       Brouillard       Vent

**Traumatologie**

PARTIE DU CORPS	TYPE DE TRAUMATO	Contusion(s)	Hématome(s)	Luxation(s),	Entorse(s)	Fracture(s)
Epaulé						
Avant bras						
Poignet						
Coude						
Main						
Hanche						
Cuisse						
Genou						
Jambe						
Mollet						
Cheville						
Pied						
Tête						
Colonne vertébrale						
Abdomen						
Thorax						

- Accident cardio-vasculaire       Accident respiratoire       Autre (à préciser):

**Prise en charge par :**

- Vous-même       Le service d'urgence (SAMU, PGHM, Pompiers, Croix rouge)  
 Un membre du groupe       Un tiers

**Y-a-t'il eu évacuation ?**

- Non       Oui  
 Ambulance       Véhicule personnel       Hélicoptère  
 Autre (à préciser):

**Y-a-t'il eu hospitalisation ?**

- Non     Oui      Si, oui     Avec nuitée       Sans nuitée

**Y-a-t'il eu intervention chirurgicale ?**

- Non     Oui

**Y-a-t'il eu rapatriement (de l'étranger) ?**

- Non     Oui  
 Par Mondial Assistance     Par un autre assesseur

**Décès:**  Oui       Non

**Date, lieu et signature**

Fait à

Le (JJ/MM/AAAA)

Signature de l'assuré-licencié ou de son(ses) ayant(s) droit en cas de décès de celui-ci, ou signature du déclarant.