

QUESTIONNAIRE DE DECLARATION
Jeunes Sapeurs Pompiers

DOMMAGES CORPORELS / BRIS DE LUNETTES

UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DE LA VENDEE

SECTION DE :

DATE DE L'ACCIDENT :

HEURE :

LIEU DE L'ACCIDENT :

VICTIME :

NOM, PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE EXACTE :

NIVEAU DE SCOLARITE :
OU PROFESSION (SI APPRENTI) :

CENTRE D'APPARTENANCE :

REGIME SOCIAL DES PARENTS : .. SALARIE
.. SALARIE AGRICOLE
.. EXPLOITANT AGRICOLE
.. INDEPENDANT
.. FONCTIONNAIRE

ORGANISME COMPLEMENTAIRE (MUTUELLE) : .. OUI .. NON

SI OUI LEQUEL :

NATURE DE LA MANIFESTATION AU COURS DE LAQUELLE LA VICTIME A ETE BLESSEE :

CAUSES ET CIRCONSTANCES PRECISES DE L'ACCIDENT :

UN CONSTAT A-T-IL ETE FAIT ? .. OUI .. NON

UNE PLAINTE A-T-ELLE ETE DEPOSEE ? .. OUI .. NON

NOMS ET ADRESSES DES TEMOINS DE L'ACCIDENT :

SIGNATURE DE LA VICTIME

**SIGNATURE DU PRESIDENT DE L'ASSOCIATION
ET CACHET**