



**A l'attention de la Direction
du Complexe Sportif de Blocry**

RAPPORT D'ACCIDENT

APPEL DU 100 : OUI NON
ASSURANCE CSB : OUI NON

COCHEZ S.V.P.

CENTRE SPORTIF		PISCINES		ESPACE PLEINE FORME	
-----------------------	--	-----------------	--	----------------------------	--

COMPLETEZ S.V.P.

DATE : HEURE : SPORT PRATIQUE :

INSTITUTION, CLUB :

LOCALISATION PRECISE :

*Le rapport vise à informer la direction d'un accident qui s'est produit dans les installations.
Il ne préjuge en rien de la responsabilité de la personne qui le rédige ni de la direction.*

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT ET DE SES CONSEQUENCES

Cause de l'accident selon vous :

COORDONNEES DU (OU DES) BLESSE(S) EVENTUEL(S)

NOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : **LOCALITE :**
TEL :
E-MAIL :

COORDONNEES DU SIGNATAIRE

NOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : **LOCALITE :**
TEL :
E-MAIL :

COORDONNEES DU (OU DES) TEMOIN(S) EVENTUEL(S)

NOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : **LOCALITE :**
TEL :
E-MAIL :

Signature

Signature box

Remis à du C. S. Blocry

Réservé à l'administration : déclaration Ethias (2.2.3.7.) : OUI NON
lettre appel au 100 (3.3.1.4.) : OUI NON