CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

(à faire remplir par le premier docteur qui a examiné le blessé ou, à défaut, joindre la copie du certificat médical descriptif déjà délivré)

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné le blessé ci-dessus, le ___ ___ ___

J'ai constaté :

a) Siège et nature de la blessure .....

.....

.....

b) Conséquences probables de l'accident

– Les blessures entraînent-elles une incapacité de travail *(ou une interruption de l'activité)* ? Oui ☐ Non ☐

– Si oui, durée probable de la période d'incapacité ou d'interruption .....

– Durée probable des soins .....

– Durée d'hospitalisation prévue .....

– Probabilité d'une incapacité permanente Oui ☐ Non ☐

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN
(si possible cachet)

À ..... le .....

Signature

Si l'accident met en cause un tiers, compléter les rubriques spécifiques ci-dessous

Tiers : Auteur Oui ☐ Non ☐ Victime Oui ☐ Non ☐

M., Mme, Mlle .....
Prénom .....
Profession .....
Domicile .....
.....
.....

Propriétaire du véhicule ☐
Marque .....
Type .....
N° d'immatriculation .....
Cycliste *cycle (sans moteur)* ☐

Piéton ☐
Propriétaire d'animal ☐
Lequel ? .....
Autre cas ☐
Lequel ? .....
.....

Assureur : Cie ..... Police n° ..... Agence .....

Dommages éventuellement subis par le tiers

DOMMAGES MATÉRIELS
(préciser la nature et l'importance des dégâts apparents)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DOMMAGES CORPORELS
(préciser la nature et la gravité des blessures)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dommages matériels causés par le tiers (ci-dessus) Oui ☐ Non ☐

.....
.....
.....
.....

Assistance : frais de secours, rapatriement...

Avez-vous fait appel à Ima GIE ? oui ☐ non ☐
si oui, n° de référence attribué au dossier .....

Qualité du déclarant signataire .....
Coordonnées .....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à .....
le .....
signature

Avec Ecofolio
Nous, les papiers
se recyclent.
papiers

Déclaration de sinistre

à adresser à Groupe MAIF - gestion des courriers sociétaires 79018 Niort cedex 9
declaration@maif.fr

Sociétaire

1 987 117 B
Éclaireuses Éclaireurs de France (EEDF)
12 place Georges Pompidou - 93167 Noisy-le-Grand cedex

Groupe local EEDF, organisateur de l'activité

Désignation .....
Adresse .....
.....
Commune .....
Code postal ___ ___ ___ ___ ___ Téléphone ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Bénéficiaire des garanties : Auteur ☐ Victime ☐

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Profession ..... Adresse .....
.....
N° d'adhérent ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Autre assurance *(ex. : assurance multirisques vie privée, assurance scolaire ou périscolaire...)* ..... N° du contrat .....
Déclaration faite à cet organisme Oui ☐ Non ☐

En cas de blessures, remplir les rubriques ci-dessous :

Affiliation à la Sécurité sociale Oui ☐ Non ☐ N° Sécurité sociale ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Régime complémentaire Oui ☐ Non ☐ Organisme .....

Circonstances du sinistre (à remplir dans tous les cas)

Date ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ à ___ ___ h ___ ___ Lieu Dépt. ___ ___

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom et adresse des témoins : .....
.....
.....

Constat de police Oui ☐ Non ☐ ou de gendarmerie Oui ☐ Non ☐ Commissariat ou brigade de .....

Suite au verso

MAIF
Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des assurances
CS 90000 - 79038 Niort cedex 9

5426 EEDF
12/2019

CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

(à faire remplir par le premier docteur qui a examiné le blessé ou, à défaut, joindre la copie du certificat médical descriptif déjà délivré)

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné le blessé ci-dessus, le ___ ___ ___

J'ai constaté :

a) Siège et nature de la blessure .....

.....

.....

b) Conséquences probables de l'accident

– Les blessures entraînent-elles une incapacité de travail *(ou une interruption de l'activité)* ? Oui ☐ Non ☐

– Si oui, durée probable de la période d'incapacité ou d'interruption .....

– Durée probable des soins .....

– Durée d'hospitalisation prévue .....

– Probabilité d'une incapacité permanente Oui ☐ Non ☐

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN
(si possible cachet)

À ..... le .....

Signature

Si l'accident met en cause un tiers, compléter les rubriques spécifiques ci-dessous

Tiers : Auteur Oui ☐ Non ☐ Victime Oui ☐ Non ☐

M., Mme, Mlle .....
Prénom .....
Profession .....
Domicile .....
.....
.....

Propriétaire du véhicule ☐
Marque .....
Type .....
N° d'immatriculation .....
Cycliste *cycle (sans moteur)* ☐

Piéton ☐
Propriétaire d'animal ☐
Lequel ? .....
Autre cas ☐
Lequel ? .....
.....

Assureur : Cie ..... Police n° ..... Agence .....

Dommages éventuellement subis par le tiers

DOMMAGES MATÉRIELS
(préciser la nature et l'importance des dégâts apparents)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DOMMAGES CORPORELS
(préciser la nature et la gravité des blessures)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dommages matériels causés par le tiers (ci-dessus) Oui ☐ Non ☐

.....
.....
.....
.....

Assistance : frais de secours, rapatriement...

Avez-vous fait appel à Ima GIE ? oui ☐ non ☐
si oui, n° de référence attribué au dossier .....

Qualité du déclarant signataire .....
Coordonnées .....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à .....
le .....
signature

Avec Ecotaxe les papiers se recyclent.
papiers

Déclaration de sinistre (double)

à adresser à
l'association des Éclaireuses et Éclaireurs de France
12 place Georges Pompidou - 93167 Noisy-le-Grand cedex

Sociétaire

1 987 117 B
Éclaireuses Éclaireurs de France (EEDF)
12 place Georges Pompidou - 93167 Noisy-le-Grand cedex

Groupe local EEDF, organisateur de l'activité

Désignation .....
Adresse .....
.....
Commune .....
Code postal ___ ___ ___ ___ ___ Téléphone ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Bénéficiaire des garanties : Auteur ☐ Victime ☐

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Profession ..... Adresse .....
.....
N° d'adhérent ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Autre assurance *(ex. : assurance multirisques vie privée, assurance scolaire ou périscolaire...)* ..... N° du contrat .....
Déclaration faite à cet organisme Oui ☐ Non ☐

En cas de blessures, remplir les rubriques ci-dessous :

Affiliation à la Sécurité sociale Oui ☐ Non ☐ N° Sécurité sociale ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Régime complémentaire Oui ☐ Non ☐ Organisme .....

Circonstances du sinistre (à remplir dans tous les cas)

Date ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ à ___ ___ h ___ ___ Lieu ☐ Dépt. ___ ___

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom et adresse des témoins : .....
.....
.....

Constat de police Oui ☐ Non ☐ ou de gendarmerie Oui ☐ Non ☐ Commissariat ou brigade de .....

Suite au verso

MAIF
Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des assurances
CS 90000 - 79038 Niort cedex 9

5426 EEDF
12/2019