

# FICHE DE DECLARATION D'ACCIDENT ASSURANCE SCOLAIRE

## ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom de l'école	.....
Adresse	.....
Nom du responsable	.....
Contact	.....

N° Police RC Scolaire

.....

## 1. INFORMATIONS SUR LA VICTIME

Nom et prénom de l'élève	.....
Date de naissance	.....
Classe	.....
Nom du parent / tuteur	.....
Contact parent / tuteur	.....

## 2. INFORMATIONS SUR L'ACCIDENT

Date de l'accident	.....
Heure de l'accident	.....
Lieu exact	.....
Circonstances détaillées	..... ..... ..... <i>(une feuille supplémentaire peut être jointe)</i>
Témoins éventuels	..... ..... <i>(nom, fonction, contact)</i>

## 3. NATURE DES DOMMAGES

Type de blessure(s)	..... .....
---------------------	----------------

Dommmages matériels  
éventuels

.....  
.....

#### 4. PREMIERS SOINS REÇUS

Lieu de prise en charge

Infirmerie de l'école  Centre de santé  Hôpital

Soins administrés

.....  
.....

#### 5. ORDONNANCES MÉDICALES ET PRODUITS ACHETÉS

*Pièces essentielles à joindre pour l'instruction du dossier*

Ordonnances délivrées

.....  
.....

Produits achetés

.....  
.....

*(médicaments, pansements, antiseptiques...)*

Montant total des dépenses

.....

Pièces justificatives jointes

Ordonnances  Factures  Reçus d'achat  Certificat médical

#### 6. DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'ÉTABLISSEMENT

Je soussigné(e) ....., responsable de l'établissement, certifie l'exactitude des informations ci-dessus et transmets la présente fiche pour instruction du dossier par le Cabinet ALBERTO SANTO ASSURANCES.

Nom et prénom

.....

Fonction

.....

Date

.....

Signature et Cachet de l'établissement

↓ RÉSERVÉ AU CABINET ALBERTO SANTO ASSURANCES ↓

Référence dossier

.....

Réception des pièces

Complètes  Incomplètes

Pièces manquantes (si applicable)

.....

**Observations**

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

---