

Pour rappel, vous avez la possibilité de déclarer votre déclaration de sinistre directement sur notre site internet ci-après : [Site de déclaration de sinistre FFK](#)

En cas d'impossibilité, vous pouvez nous retourner ce formulaire sur l'adresse mail ci-après : [assurances.karate@marsh.com](mailto:assurances.karate@marsh.com)

---

## Déclarant (club ou organisme territorial délégataire)

Nom du club :

Numéro d'affiliation :

Nom du déclarant :

Qualité :

Adresse complète du déclarant ( adresse/CP/Ville) :

Mail du déclarant :

Téléphone déclarant :

---

## Personne blessée

Nom :

Prénom :

Adresse complète ( adresse /CP/ Ville) :

Mail :

Téléphone :

Représentant légal (le cas échéant si ce n'est pas le déclarant) :

---

## Identification Sportive

Numéro de licence

La personne blessée est :

Pratiquante

Enseignante

Dirigeante

Bénévole

Sportive de Haut Niveau

Essai découverte

Autre (à préciser) :

## Circonstances de l'accident :

Date et Heure :

Lieu (Adresse complète) et/ou Nom de la manifestation :

## Discipline :

Karaté

Karaté Full Contact

Karaté Mix

Para-Karaté

Yoseikan Budo

Arts Martiaux du Sud-Est Asiatique

Arts Martiaux Vietnamiens

Wushu

Krav Maga

## Les circonstances de l'accident :

Entraînement

Compétition Sportive

Stage

Autre (à préciser) :

---

**Description précise de l'accident :**

## La blessure :

S'agit-il d'un accident grave (par accident grave on entend tout accident qui entraîne un décès, ou laisse envisager une probable invalidité handicapante pour la personne blessée) ?

Oui  Non

Premier diagnostic de la (ou des) blessure(s) :

Fracture  Luxation  Entorse  Plaie  Contusions

Localisation de la (ou des) blessure(s) :

Abdomen  Crane, face, cou, système nerveux  dents, mâchoire  œil  
 Membres Inférieurs dont, coccyx/sacrum  Membres supérieurs dont, épaule, clavicule  
 Doigts, main, poignet  Dos, rachis, moëlle épinière  Thorax  Appareil génito-urinaire

## Document à joindre impérativement à votre déclaration :

- **Votre certificat médical initial de constatation des blessures adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil.**
- **Copie de votre licence**

**Date, Noms et Signatures (du déclarant et/ou de la personne blessée)**

