

**PERSONNE EFFECTUANT LA DÉCLARATION :**

Nom / Prénom : .....

Qualité : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Bureau distributeur : .....

Signature :

**CADRE EXCLUSIVEMENT RESERVE AU CLUB**

*Cachet du Club  
et signature obligatoires*

Nom / Adresse : .....

.....

.....

Qualité : .....

**CERTIFICAT MEDICAL**

A ..... le .....

Je soussigné, .....

déclare avoir examiné .....

M. ....

Victime d'un accident le .....

.....

et avoir constaté les lésions suivantes (siège et nature) : .....

Durée de l'arrêt de travail ou durée de l'incapacité physique totale ..... jours

Durée de l'arrêt activité sportive : ..... jours

*Cachet et signature du médecin (n° du conseil de l'ordre)*

**Certificat sur papier libre remis à l'intéressé sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit,  
non valable devant les Tribunaux**

**DECLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER DANS LES CINQ JOURS A**

**GRAS SAVOYE**

*Service de la Fédération Française d'Aïkido*

**"Le Vendôme"**

**12-14, rue du Centre**

**93197 NOISY-LE-GRAND CEDEX**

**Tél. : 01 45 92 72 88 - Fax : 01 45 92 70 89**