

Déclaration d'accident scolaire

Partage votre engagement

À faire dans les 5 jours suivants l'accident sur www.saint-christophe-assurances.fr ou par courrier

Adresse: Code Postal: Ville: Votre adresse mail: Votre adresse mail: Caccidenté est: Élève Classe de CIRCONSTANCES PRÉCISES DE L'ACCIDENT: Date: TÉMOIN: Oui non - si oui nom, prénom, adresse et qualité: Heure: Témoin: Auteur présumé: Nom: Qualité: Adresse: L'accidenté s'est blessé de son propre fait: Adresse: L'accidenté a été blessé par le fait d'une personne ou par le fait d'éléments immer Nom: Adresse: L'accidenté a été blessé par le fait d'une personne ou par le fait d'éléments immer Nom: Auteur présumé: Nom: Prénom: Né le Qualité: Adresse: L'auteur a-t-il subi des dommages corporels ou matériels ? oui non si oui, précisez: Si accident du fait des immeubles, préciser l'identité du propriétaire:	
CIRCONSTANCES PRÉCISES DE L'ACCIDENT: Date: Lieu: Heure: Heure: TÉMOIN: oui non - si oui nom, prénom, adresse et qualité: Heure: Auteur présumé: Nom: Prénom: Né le Qualité: Adresse: L'aucidenté s'est blessé de son propre fait: Adresse: L'auteur a-t-il subi des dommages corporels ou matériels? oui non si oui, précisez: Si accident du fait des immeubles, préciser l'identité du propriétaire:	
Date: Lieu: Heure: TÉMOIN: oui non si oui nom, prénom, adresse et qualité:	
Date: Lieu: Heure: TÉMOIN: □ oui □ non - si oui nom, prénom, adresse et qualité: L'accidenté s'est blessé de son propre fait: □ oui □ non □ non □ non □ non □ non □ le fait d'éléments immer le son propre fait: L'accidenté a été blessé par le fait d'une personne ou par le fait d'éléments immer le son propre fait: Auteur présumé: Nom: Prénom: Né le Qualité: Adresse: L'auteur a-t-il subi des dommages corporels ou matériels ? □ oui □ non si oui, précisez: Si accident du fait des immeubles, préciser l'identité du propriétaire:	
CAUSES L'accidenté s'est blessé de son propre fait: D'accidenté a été blessé par le fait d'une personne ou par le fait d'éléments immer Auteur présumé: Nom:	
L'accidenté s'est blessé de son propre fait : Auteur présumé : Nom :	•••••
si oui, précisez :	:
IDENTITÉ DE L'ACCIDENTÉ Nom :	
Si conséquences matérielles (sous réserve de garanties) Nature des dommages: L'accidenté est-il assuré social: a titre personnel affilié pa Complémentaire maladie: Nature et siège des lésions: Y a-t-il eu consultation médicale? a oui non	ar ses par
Y a-t-il eu cessation d'activité ? oui non durée : Y a-t-il eu hospitalisation ? oui non durée : L'accidenté a-t-il repris son activité au jour de la déclaration ? C	oui 🗖
En cas d'accident de la circulation, l'accidenté était-il :	

Conservez une copie de cet exemplaire et adressez l'original à :

Mutuelle Saint-Christophe assurances - Service sinistres scolaires - 277 rue Saint-Jacques - 75256 Paris Cedex 05

DATE ET SIGNATURE:

Qualité et nom du signataire :