

## DÉCLARATION DE SINITRE

### ► pour les cavaliers de passage / groupes / centres de vacances

#### ETABLISSEMENT ÉQUESTRE :

N° de contrat responsabilité civile professionnelle (**impératif**) : .....

N° adhérent FFE : ..... Nom-Prénom du dirigeant :  
.....

Nom de l'établissement équestre : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

#### LE CAVALIER :

Nom-Prénom : .....

Date de Naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Fléchage :  Tourisme  Cheval  Poney

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Email : .....

Responsable légal (si mineur) : .....

Profession : .....

Équipement personnel de sécurité :  Aucun  Casque  Gilet  Autre (*précisez*) : .....

L'ÉQUIDÉ : N° SIRE : ..... Nom : .....

L'ACCIDENT : Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Heure : .....

Lieu : ► Dans une enceinte de l'établissement :  Carrière  Ecurie  Manège  Extérieur  Terrain de concours

Autre (*précisez*) : .....

► Sur voie publique (*précisez*) : .....

Lors de l'accident le cavalier était :  à pied  à cheval

Discipline :  CSO  CCE  Dressage  Attelage  Voltige  Endurance  Horse-ball  Travail sur le plat

Promenade / Randonnée  Autre (*précisez*) : .....

Si oui, n° de licence de l'encadrant : ..... Nom – Prénom : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

**L'ACCIDENT (suite) :**

- à pied, le cavalier a percuté un élément naturel ou non (branche, chandelier, véhicule...)
- Chute du cavalier
- Chute du cheval et du cavalier
- Coup de pied
- Coup de tête
- Autre (précisez) : .....
- Doigts coincés dans les rênes ou la longe
- Le cavalier s'est fait marcher dessus par le cheval
- Morsure
- Pied coincé dans l'étrier

**Description précise des circonstances (lieu, météo...) :**

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

**Identité et coordonnées complètes du(es) témoin(s) :**

.....  
.....

**LES BLESSURES :**

**Localisation :**

- Tête et face
- Rachis
- Autre : .....
- Lunettes
- Abdomen
- Dents
- Pelvis
- Membre supérieur
- Membre inférieur
- Thorax

**Prise en charge :**  Médecin de ville  Hospitalisation  Service d'urgences  Autres : .....

Déclaration faite le ..... à .....

Signature :