

DÉCLARATION DE SINISTRE

► 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 :