

A remplir en cas d'implication d'un tiers dans l'accident

Joindre un constat amiable si un véhicule à moteur est impliqué

Le cas échéant, N° du PV : [] Police - [] Gendarmerie de :

Coordonnées du TIERS - Est-il : [] le Responsable - [] la Victime

| | |
|---------------|---|
| Nom, prénom : | Nature des dommages causés au tiers, le cas échéant : |
| Adresse : | |
| CP - Ville : | |
| Téléphone : | |
| E-mail : | |
| Assureur : | Votre Analyse des Faits : |
| Adresse : | |
| CP - Ville : | |
| Références : | |
| | |

Témoignages éventuels

| | |
|-------------|------------------------------|
| Nom, prénom | Adresse, téléphone, e-mail : |
| | |

| Activité pratiquée | Contexte de l'accident |
|--|--|
| Route [] [] Rando pédestre | [] Sortie "groupée" (Club) |
| VTT [] [] Ski de fond | [] Sortie individuelle (hors Club) |
| VTC [] [] Camping | Distance parcourue au moment de l'accident KM : |
| Tandem [] [] Trajets vélo | Préciser éventuellement : |
| Tricycle [] [] Activité non sportive | |
| Autre [] à préciser : | |

Commission de sécurité FFCT

Type de voie : [] route - [] piste cyclable - [] rue - [] voie verte - [] chemin/sentier - [] bande cyclable/accotement revêtu
[] double sens cyclable

Caractéristiques : [] intersection - [] rond-point - [] ligne droite - [] virage - [] entrée/sortie piste cyclable

Infrastructure : [] ilot central - [] obstacle - [] ralentisseur - [] revêtement défectueux - [] gravillons
[] largeur voie insuffisante - [] chaussée glissante

Type d'accident : [] chute collective - [] chute individuelle

Causes : [] malaise - [] inattention - [] mécanique - [] infrastructure - [] conditions météo défavorables
[] défaut maîtrise du tiers

Sécurité : [] port du gilet jaune - [] port du casque

Tiers : [] bus - [] véhicule léger - [] poids lourd - [] véhicule agricole - [] 2 roues motorisé - [] autre cycliste
[] VAE - [] animal - [] piétons/roller - [] délit de fuite

Sens de déplacement du tiers : [] carrefour (venant de droite) - [] carrefour (venant de gauche) - [] tiers tourne à droite [] à gauche
[] sens opposé - [] même sens - [] entrée de giratoire - [] sortie de giratoire - [] tiers arrêté sur la voie - [] piétons traversant

Signature du déclarant

[] L'Assuré - [] Son représentant légal OU [] Le Responsable du Club - [] l'Encadrant

| | |
|--------------------|--------------------------------------|
| Date : | Date : |
| Nom - Prénom : | Nom - Prénom : |
| <i>(signature)</i> | <i>(signature et cachet du Club)</i> |

Joindre la Notice d'Information Assurance signée avec la présente déclaration, puis au fur et à mesure des soins, les originaux des décomptes de remboursements de votre mutuelle (à défaut, de la Sécurité sociale). A la fin des soins, nous adresser le certificat médical de consolidation listant les éventuelles séquelles fonctionnelles.

**Conservez un double de votre déclaration
Deux accusés de réception seront envoyés : un exemplaire au assuré et l'autre au Club**