

État du terrain : Accidenté Humide, mouillé Boueux
 Mal entretenu Glissant Glacé
 Sans risque Enneigé Sablonneux

Conditions météorologiques : Mauvais temps Pluie Neige
 beau temps Brouillard Vent

Traumatologie : Aucune Autres (à préciser) :

Contusions, hématomes

Membres supérieurs Épaule Avant-bras Bras
 Poignet Coude Main

Membres inférieurs Hanche Cuisse Genou
 jambe Mollet Cheville

Pied

Face Crâne Visage Œil
 Dent Nez

Colonne vertébrale Abdomen
 Thorax Polytraumatisé

Fracture

Cardio-vasculaire Angine de poitrine Infarctus du myocarde
 Œdème pulmonaire Autre problème cardio-vasculaire

Neurologique Accident vasculaire cérébral

Respiratoire : Asthme
 Détresse respiratoire
 Autre problème de nature respiratoire
 Autre problème neurologique
 Autre problème de nature accidentelle

Prothèse dentaire Piqûre (d'insecte...)

Prothèse auditive Morsure

Prothèse oculaire

Décès : Oui Non

Prise en charge par : Vous même Le service d'urgence (SAMU, PGHM, Pompiers, Croix rouge)
 Un membre du groupe Un tiers

Y-a-t-il eu évacuation ? Non Oui Ambulance Véhicule personnel
 Hélicoptère Autre

Y-a-t-il eu hospitalisation ? : Non Oui Moins d'une nuit
 au moins une nuit

Y-a-t-il eu intervention chirurgicale ? : Non Oui

Y-a-t-il eu rapatriement ? : Non Oui Par MMA Assistance
 Par un autre assesseur

Y-a-t-il eu dégâts matériel ? : Non Oui (à préciser)

Fait à : Le :

Signature de l'assuré-licencié ou de son(ses) ayant(s) droit en cas de décès de celui-ci