

## DÉCLARATION DE SINISTRE (Club)

► pour les licenciés de la Fédération Française d'Équitation au titre du contrat n°54921944

**L'ÉTABLISSEMENT ÉQUESTRE :** N° Adhérent FFE : .....  
Nom-Prénom du dirigeant : .....  
Nom de l'établissement équestre : .....  
Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

**LE CAVALIER :** N° Licence FFE : .....  
Nom-Prénom : .....  
Date de Naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Fléchage :  Tourisme  Cheval  Poney  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tel : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Email : .....  
Responsable légal (si mineur) : .....  
Profession : .....  
Examens fédéraux enregistrés (niveaux et année d'obtention) : .....  
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*) : .....  
    ► Autre (*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*) : .....  
**Pratique compétitive :**  Oui (*n° de concours*) : .....  
 Non (nb heures de pratique/semaine) : ..... (nb années expérience en équitation) : .....  
**à votre connaissance, la victime a-t-elle déjà eu un accident d'équitation :**  
 Oui ; à quelle date ? \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  Non  
**Activité encadrée :**  Non  
 Oui, Numéro de Licence de l'encadrant : .....  
Nom-Prénom de l'encadrant : .....  
Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

**L'ACCIDENT (suite) :**

**Description :**

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

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

Déclaration faite le ..... à .....

Signature :