



SCOUTS DU SENEGAL

REGION

DISTRICT

GROUPE



DECLARATION D'ACCIDENT

Date : Heure :

Lieu de l'accident (camp – forêt – route – local – etc.)

.....
.....

Nature de l'exercice de scoutisme ou du déplacement auquel participait l'accidenté :

.....

Causes et circonstances de l'accident :

Indication sommaire de la blessure ou des conséquences (joindre dans tous les cas un certificat médical)

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

Nom des témoins :

1) Adresse.....

2) Adresse.....

Nom du médecin traitant : Adresse.....

Nom et adresse de l'hôpital :

Fait à Dakar, le.....

Intitulé de l'Unité/ du groupe:.....

Prénom – Nom du chef signataire :

Contact :

N° d'adhérent du chef signataire :

Prénom et Nom /Signature du chef d'unité qui certifie sur l'honneur l'exactitude de la déclaration ci-dessus :