

DECLARATION DE SINISTRE

A transmettre dans les 5 jours à la
Fédération Française d'Aéro-Modélisme
108, rue Saint-Maur. 75011 PARIS

L'ACCIDENT

Date : 19 / 03 /2005

Corporel

(joindre le certificat médical)

Matériel

(joindre le devis estimatif de réparation)

**En cas de sinistre impliquant un véhicule : joindre le constat à l'amiable
Des photos justificatives pourront être éventuellement demandées.**

L'AUTEUR DE L'ACCIDENT

Nom : BARRA _____ Prénom : Richard _____ N° de licence FFAM : 9904628 _____

Club : EPERVIER du sud Luberon _____ N° d'affiliation à la FFAM : 0347 _____

Adresse : 87 rue Pierre et Marie Curie _____

Code Postal & ville : 84120 PERTUIS _____ N° de téléphone : 06 10 24 60 50 _____

LA VICTIME DE L'ACCIDENT

Nom : BARRA _____ Prénom : Richard _____ N° de téléphone : 06 10 24 60 50 _____

Adresse : 87 rue Pierre et Marie Curie _____

Code Postal & ville : 84120 PERTUIS _____

Compagnie d'assurance : _____ N° de contrat : _____

DOMMAGES CONSTATES

Lieu du sinistre : piste de Villelaure _____ Département : 84 - Vaucluse _____

Description des dégâts : entaille très profonde sur l'index de la main gauche face supérieure et intérieure, avec arrachement complet du germe(racine) de l'ongle, pouvant entraîner la chute définitive de celui-ci. Entaille légère sur le majeur, avec hématome. _____

La victime est-elle assujettie à la Sécurité Sociale ?

OUI

NON

Bénéficie-t-elle d'une mutuelle ?

OUI

NON

TEMOINS

Nom : VERNHES _____

Prénom : Christian _____

Qualité : Vice-Président _____

N° de téléphone : 06 12 70 33 50 _____

Adresse : _____

Code postal & ville : 84530 Villelaure _____

Nom : HARMEGNIES _____

Prénom : Thierry _____

Qualité : adhérent du club _____

N° de téléphone : 06 10 82 23 64 _____

Adresse : _____

Code postal & ville : 84120 Pertuis _____

Nom et signature du Président de l'association
ou du club organisateur de la manifestation
(obligatoire)



Signature de l'assuré
(obligatoire)



Attention : ce document ne peut être pris en compte qu'accompagné des pièces justificatives et que s'il est signé recto/verso.

LE MATERIEL IMPLIQUE DANS L'ACCIDENT

Aéromodèle

Nom : Space Walker ___ Type : ready to fly _____ Masse : 3,5 ___ kg Motorisation : 15 cm3 _____

Équipement de radiocommande

Marque : Futaba _____ Type : FF9 _____ Modulation : PCM PPM

Éléments de sécurité : élément classique de sécurité pour un aéromodèle de catégorie 1 _____

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Décrire, relater les faits qui se sont succédés : alors que Richard BARRA venait de démarrer son avion, il a voulu faire un réglage carburateur tout en tenant l'avion. Alors qu'il a essayé de toucher le pointeau, son doigt a été happé par l'hélice. _____

CAUSES PROBABLES DE L'ACCIDENT

Estimer les raisons qui ont conduit à cet accident : L'accident a certainement eu lieu par manque d'attention dû au phénomène de "l'habitude". Cet accident lui a rapidement rappelé qu'une l'hélice devient transparente avec la vitesse... _____

CROQUIS EXPLICATIF

Plan à l'échelle (préciser l'emplacement de la piste, des parkings à modèles et à véhicules, du ou des pilotes, du public éventuel, de la victime ainsi que la trajectoire du modèle, le tour de piste et l'axe de vol définis par le règlement intérieur qui pourra éventuellement être demandé s'il n'est pas disponible à la Fédération). Indiquer **impérativement** les distances.

Sans objet.

Nom et signature du Président de l'association
ou du club organisateur de la manifestation
(obligatoire)



Signature de l'assuré
(obligatoire)



CENTRE HOSPITALIER DE PERTUIS

Service des Urgences

BP - 84123 PERTUIS CEDEX

N° 8400009-5-09-1-20-1

Nom , Prénom..... BARRA RICHARD.....

Date des 1^{er} soins..... 9.10.10.....

N° Protocole..... 21.04.....

Nous vous demandons de bien vouloir prendre rendez-vous
avec le Docteur ..BARRA..... dans un délai de ..3.. jours
pour la suite des soins.

**Afin de confirmer la date et l'heure de votre rendez-vous, veuillez
TELEPHONER LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE,
au secrétariat de chirurgie : n° 04/90/09/42/18 entre 9 et 16 heures.**

Avant chaque consultation, veuillez passer AU BUREAU DES SOINS
EXTERNES (hall d'entrée de l'hôpital) muni de votre CARTE D'ASSURE
SOCIAL A JOUR.

Puis se rendre
en salle d'attente consultation externe de chirurgie,
1^{ère} porte à gauche en entrant dans la cour de l'hôpital.

**Important : Tout enfant mineur se rendant à la consultation, devra
obligatoirement être accompagné d'une personne majeure responsable
(parents et tuteurs légaux). Si il ne l'est pas, le rendez-vous devra être
reporté.**

**CENTRE HOSPITALIER DE PERTUIS
SERVICE DES URGENCES**

58 Rue de Croze - B.P 110 -
84123 PERTUIS Cedex
Tel : 04 90 09 42 02
84000009-5-09-1-20-1

Dr Joëlle VANNEYRE

Chef de service

Dr T. DEBONO

Praticien hospitalier

Dr A. ANDRIANTSIMAHAVANDY

Praticien hospitalier associé

ORDONNANCE PANSEMENTS

Mr, Me BARRA RICHARD

Faire pratiquer, par IDE, y compris Dimanches et jours fériés,

- un pansement de 2^e doigt main G^{che},
(format : grand, moyen, petit)

avec Betadine Pomax +ulle

tous les 2 jours, pendant 15 jours.

- à domicile
- au cabinet

Pertuis, le 23.10.10

Dr BENSAÏES

En cas de problème, prendre contact
avec le médecin traitant, ou la consultation de chirurgie (tel : 04 90 09 42 18).