Ramsay Générale de Santé

Hôpital privé Pays de Savoie

SERVICE DES URGENCES
Hôpital Privé Pays de Savoie
Hôpital Privé Pays de Savoie
19 avenue Mendes France
74100 ANNEMASSE

N° FINESS
740014345

Tél : 04 50 83 40 01
Fax : 04 50 83 47 39

Dr M. BOUABIDA
Dr A. EL HADDAD
Dr D. MERINE
Dr M. KAMBOUA
Dr P. COURBIN

CERTIFICAT D'I.T.T.

Annemasse, le 19/08/2026

Je soussigné(e) Dr BOUABIDA MOKHTAR, certifie qu'une patiente disant s'appeler SIMON (n.n. SIMON) AXELLE, être née le 18/09/2009, habiter 135 IMP DES JARDINS 01170 CESSY, a été examinée le 19/08/2026 à 16:04 au service d'accueil des urgences.
Patiente présente une plaie du majeur droit.
Nécessitant des points de suture.

L'Incapacité Temporaire Totale de Travail Personnel à prévoir est de ..05 jours...

Certificat établi à la demande de l'intéressée et à titre gratuit pour faire valoir ce que de droit en attente d'un certificat médical descriptif des lésions, rédigé conformément à la loi, seule pièce valable en justice.

Dr BOUABIDA MOKHTAR
N° RPPS
10101067238

Guides et Scouts d'EUROPE
DE LA FÉDÉRATION DU SCOUTISME EUROPÉEN

Centre national : "Le Relais de le Poste"
Route de Montargis - CS 80594
77570 CHATEAU-LANDON
Tél : 01 64 45 53 60 – Fax : 01 64 29 44 56
N° de Police : 10520598004

DECLARATION D'ACCIDENT

Cette déclaration doit être envoyée au Centre national à Château-Landon, dans les 48 heures suivant l'accident ou assurances-compta@scouts-europe.org

Date : 19.08.26. Heure : 13.30 Lieu du sinistre : 1254 Rue de Saxel Boege 74

Nature du sinistre : ☐ Matériel ☒ Corporel ☐ Responsabilité civile Importance : ☐ Grave ☒ Sérieux ☐ Bénin

Type de l'activité pratiquée au moment du sinistre : ☐ Voyage ☐ Stage ☒ Camp ☐ Sortie WE ☐ Raid ☐ Activité de patrouille

Nature de l'activité pratiquée au moment du sinistre : ☐ Vie de camp (Intendance, tentes, ...) ☒ Vie courante (Quotidien, chutes, ...)
☐ Installations/Froissartage ☐ Olympiades (tous petits jeux) ☐ Grand jeu ☐ Autre : .....

P.V. de police ou de gendarmerie établi par : .....

RENSEIGNEMENTS SUR LE BLESSÉ : ☐ Tiers ☒ Adhérent N° de carte scoute : 1315161010191
Nom et prénom (Majuscule) : SIMON AXELLE
Adresse complète : 135 impasse des jardins
Code postal : 01170 Ville : Cessy
Date de naissance : 19/09/2009 Fonction : ECG (Eclaireuse)
Branche : ☐ Meute ☐ Clairière ☐ Troupe ☒ Compagnie ☐ Clan ou EP ☐ Feu ou EP Autre : .....

La victime (ou son représentant légal pour les mineurs) bénéficie-t-elle :
☒ d'une assurance maladie obligatoire (S.S, autre...) ☒ d'une mutuelle complémentaire :
Nom : Sécurité Social Auprès de quel organisme : Nealiane
N° d'immatriculation : 2.09.09.99.140.857.21

RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTEUR DE L'ACCIDENT :
☐ Adhérent ☐ Tiers
Nom et prénom : .....
Adresse complète : .....
CP : ..... Ville : .....
Nom et adresse de son assureur : .....
.....
N° de police : .....

RENSEIGNEMENTS SUR LE TIERS VICTIME :
Nom et prénom : Axelle Simon
Adresse complète : 135 impasse des jardins
CP : 01170 Ville : Cessy
Nom et adresse de son assureur : GNF
.....
N° de police : .....

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT :
Circonstances de l'accident / évaluation des dommages dans le cas d'un accident matériel (Franchise à la charge du groupe → 75 €) :
entaillée le doigt avec un opinel en le savant

Indication sommaire de la blessure ou de ses conséquences :

Joindre un certificat médical de constatation des blessures et témoignages éventuels

Le certificat médical peut être envoyé postérieurement

Si il n'y a pas de conséquences immédiates à mentionner, écrire ici « Transmis pour ordre » : T

RENSEIGNEMENTS SUR LE CHEF DECLARANT :
Nom et prénom : AUVRAY Charlotte Fonction : Assistante sanitaire
Adresse complète : 18 rue de la mairette
Code postale : 72.000 Ville : Le Mans N° téléphone : 06.03.17.47.27
Nom de l'unité : Notre Dame de Riamont
A : Boege Le : 19/08/26 Signature du déclarant :

Précisions :

- Mode de transport du blessé : ☐ SAMU ☐ Pompier ☐ Hélicoptère ☒ Voiture ☐ Autre .....
- Lieu du transfert : ☐ Médecin Généraliste ☒ Hôpital ☐ Autre .....
- Le blessé était accompagné : ☐ Non ☒ Oui par qui ..Jeanie + Charlotte
- Le blessé a subi une intervention chirurgicale : ☒ Non ☐ Aux urgences ☐ Au bloc opératoire
- Le blessé a eu des points de suture : ☐ Non ☒ Oui combien ..2.....
- Le blessé a été hospitalisé : ☒ Non ☐ Oui combien de temps .....