# Déclaration de sinistre

**Individuelle Accident Scout**

Paris, le 16.07.2024

## Assuré (Victime)

Nom: LORNE
Prenom: ALOYS
Date de naissance: 23.04.2011
Téléphone: 0670123328
Email: famillelorne@gmail.com
Adresse: 15 RUE PIERRE DUPONT
Code Postal: 69450
Ville: SAINT CYR AU MONT D'OR
Numéro contrat: AT880039

## Parents (ou personne responsable)

Nom: LORNE
Prenom: ANNE
Email: famillelorne@gmail.com
Téléphone: 0670123328
Adresse: 15 RUE PIERRE DUPONT
Code Postal: 69450
Ville: SAINT CYR AU MONT D'OR

## Accident

Date: 13.07.2024
Heure: 18:00
Lieu: lieu de camp Montmelard 71520
Nature de l'activité: Vie courante (Quotidien, chutes...)
Mode transport du blessé: Voiture
Intervention chirurgicale Non
Point de suture 0
Hospitalisation (jours) 0
Suite Retour au camp
Circonstance: Aloys a trébuché et est tombé en avant sur un arbre couché par terre.
Dommages / Nature des lésions: Le nez semble bien cassé.

## Signature du déclarant

Fait à: /
Fait le: 16.07.2024
Organisation: AGSE
Prénom: DAMIEN
Nom: TAVERNIER
Groupe: GPE 1re ECULLY DARDILLY
Fonction: CHEF_GROUPE