Déclaration de sinistre

Individuelle Accident Scout

Paris, le 24.07.2024

Assuré (Victime)

Nom: GALAND
Prenom: Aurélien
Date de naissance: 31.05.2011
Téléphone: 0603812730
Email: famille.galand06@gmail.com
Adresse: 8 RUE DU MARERCHAL LYAUTEY
Code Postal: 76130
Ville: MONT SAINT AIGNAN
Numéro contrat: AT880039

Parents (ou personne responsable)

Nom: GALAND
Prenom: Alexandra
Email: famille.galand06@gmail.com
Téléphone: 0603812730
Adresse: 8 RUE DU MARERCHAL LYAUTEY
Code Postal: 76130
Ville: MONT SAINT AIGNAN

Accident

Date: 24.07.2024
Heure: 13:00
Lieu: PELLAFOL
Nature de l'activité: Installation/Froissartage
Mode transport du blessé: Hélicoptère
Intervention chirurgicale Non
Point de suture 0
Hospitalisation (jours) 1
Suite Rapatriement
Circonstance: Chute d'une traverse de tente surélevée sur la tête
Dommages / Nature des lésions: Choc frontal. Mal de tête, mal de cou, fourmillements dans les mains

Signature du déclarant

Fait à: /
Fait le: 24.07.2024
Organisation: AGSE
Prénom: Amaury
Nom: CATRICE
Groupe: GPE 9e ROUEN
Fonction: CHEF_GROUPE