Déclaration de sinistre

Individuelle Accident Scout

Paris, le 13.08.2025

Assuré (Victime)

Nom: SIMON
Prenom: Marie-Lys
Date de naissance: 18.02.2011
Téléphone: 0651726856
Email: marthesimon@msn.com
Adresse: bourg de l'hôpital saint-jean
Code Postal: 46600
Ville: cressensac-Sarrazac
Numéro contrat: AT880039

Parents (ou personne responsable)

Nom: SIMON
Prenom: Marthe
Email: marthesimon@msn.com
Téléphone: 0651726856
Adresse: Bourg de l'hôpital saint jean
Code Postal: 46600
Ville: cressenssac-sarrazac

Accident

Date: 25.07.2025
Heure: 19:00
Lieu: Monléon-Magnoac
Nature de l'activité: Vie de camp (Intendance, tentes...)
Mode transport du blessé: Voiture
Intervention chirurgicale Non
Point de suture 0
Hospitalisation (jours) 0
Suite Retour au camp
Circonstance: vie de camp
Dommages / Nature des lésions: douleurs à la cheville

Signature du déclarant

Fait à: /
Fait le: 13.08.2025
Organisation: AGSE
Prénom: Claire
Nom: GRACIA
Groupe: GPE 2e TARBES
Fonction: CHEF_GROUPE