

**FEUILLE D'ACCIDENT
ET DE PRISE EN CHARGE**Réf. : Loi n° 91 - 1389 du 31 décembre 1991
Décret n° 92-620 du 07 juillet 1992
Arrêté du 27 juillet 1992**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE**NUMÉRO
D'IMMATRICULATION
(Sécurité Sociale)

NOM - Prénom

ADRESSE

CODE POSTAL

N° MATRICULE AU
CORPS DÉPARTEMENTAL

ORGANISME D'AFFILIATION

NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME DE PAIEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT OU LA MALADIEACCIDENT SURVENU
EN SERVICE le

RECHUTE du

MALADIE CONTRACTÉE EN SERVICE
constatée le

LÉSIONS

siège :

nature :

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

LE DIRECTEUR DÉPARTEMENTAL DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS DE : (1)

Adresse :

HAUTE-LOIRE
104, rue Hippolyte Malègue-43000 LE PUY-EN-VELAY
04 71 07 03 00 04 71 07 03 01

N° téléphone :

N° Fax :

Certifie que les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, de transport, d'hospitalisation, d'appareillage, et toutes prestations de rééducation, nécessités par l'accident ou la maladie contractée en service défini (e) ci-dessus sont pris en charge par le service départemental d'incendie et de secours en application de l'article 2 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991.

N° DE PRISE EN CHARGE

| | | | | | | | | |
n° Département - année - n° dossier

Signature du directeur départemental : (1)

(1) ou son représentant

