



UNIVERSITÉ D'ARTOIS

Numéro de sociétaire MAIF : 2 752 765 J

DECLARATION D'UN SINISTRE

Composante/service déclarant_ :
**SERVICE ARTOIS SPORT
CAMPUS**_____

Personne responsable de la
déclaration :_.....
—

CIRCONSTANCES DU SINISTRE/ACCIDENT

Date :.....

Lieu :.....

Résumé des faits

Personne(s) victime(s)

Nom, Prénom, Statut (étudiant)/personnel/autre)

Types de blessures

Témoin(s) éventuel(s)

Une déclaration d'accident du travail a-t-elle été établie ? oui [☐] non [☐]

Si oui joindre une copie.