

QUESTIONNAIRE DE DECLARATION

DECES

UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DE LA LOIRE-ATLANTIQUE

AMICALE DE

DATE DE DECES :

HEURE :

LIEU DE L'ACCIDENT :

VICTIME :

NOM, PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE EXACTE :

SITUATION DE FAMILLE :

PROFESSION :

CENTRE D'APPARTENANCE :

GRADE :

STATUT : SPV SPP PATS JSP VETERAN SP

REGIME SOCIAL : SALARIE
 SALARIE AGRICOLE
 EXPLOITANT AGRICOLE
 INDEPENDANT
 FONCTIONNAIRE

NATURE DE LA MANIFESTATION AU COURS DE LAQUELLE LA VICTIME EST DECEDEE :

CAUSES ET CIRCONSTANCES PRECISES DU DECES :

CET ACCIDENT A-T-IL ETE DECLARE EN SERVICE ? OUI NON
(Dans l'affirmative, joindre la copie du Procès Verbal de la Commission de Réforme sapeur pompier)

UN CONSTAT A-T-IL ETE FAIT ? OUI NON N° DU PROCES VERBAL :

UNE PLAINTE A-T-ELLE ETE DEPOSEE ? OUI NON

NOMS ET ADRESSES DES TEMOINS DE L'ACCIDENT :

**SIGNATURE DU PRESIDENT DE L'AMICALE
ET CACHET**