**Assurance scolaire contre les accidents / *kantonale Schülerunfallversicherung***

Demande de participation financière / *Gesuch um finanziellen Beitrag*:

|  |
| --- |
| **1. Coordonnées de la personne accidenté(e) / *Angaben der verunfallten Person*** |
| Nom et prénom :*Name und Vorname :* |       | Date de naissance :*Geburtsdatum :* |       |
| Adresse (rue, localité) :*Adresse (Strasse, Ort) :* |       | No de téléphone :*Telefonnummer :* |       |
| e-mail :*e-mail :* |       | Ecole fréquentée :*Besuchte Schule :* |       |
| **2. *Représentant légal / Gesetzlicher Vertreter*** |
| ***Père / Vater*** |
| Nom et prénom du père : *Name und Vorname des Vaters :* |       | Date de naissance :*Geburtsdatum :* |       |
| Adresse :*Adresse :* |       | Etat civil :*Zivilstand :* |       |
|  |  | Employeur :*Arbeitgeber :* |       |
| Situation financière :*Finanzielle Situation :* | Joindre les certificats d’impôt des derniers 3 ans \**Steuerausweis der letzten 3 Jahre beifügen \** |
| ***Mère / Mutter*** |
| Nom et prénom de la mère :*Name und Vorname der Mutter :* |       | Date de naissance :*Geburtsdatum :* |       |
| Adresse (si différente de ci-dessus) :*Adresse (wenn anders als obige) :* |       | Etat civil :*Zivilstand :* |       |
| Profession :*Beruf :* |       | Employeur :*Arbeitgeber :* |       |
| Situation financière :*Finanzielle Situation :* | Joindre les certificats d’impôt des derniers 3 ans \**Steuerausweis der letzten 3 Jahre beifügen \** |
|  |  |
| Qui exerce l’autorité parentale ?*Wer hat das Sorgerecht ?* | *[ ]*  Deux parents / *beide Eltern**[ ]*  Mère / *Mutte**[ ]*  Père / *Vater**[ ]*  Autre / *Andere* (à préciser/*präzisieren*) :  |

|  |
| --- |
| **3. Coordonnées bancaires / Bankverbindung :** |
| Nom et lieu de la banque :*Name und Ort der Bank :* |       |
| Titulaire du compte :*Kontoinhaber :* |       |
| IBAN ou CCP :*IBAN oder Postcheckkonto :* |       |
| **4. Assurances de la personne accidentée / *Versicherungen der verunfallten Person*** |
| Caisse-maladie en charge du sinistre\**Zuständige Krankenkasse \* :* |       |
| Assurances complémentaires \*:*Zusatzversicherung \* :* |       |
| Autres instances concernées \*:*Andere betroffene Instanzen \*:* |       |
| **5. Accident / *Unfall*** |
| Date, lieu et heure de l’accident :*Ort, Datum und Zeitpunkt des Unfalls :* |       |
| Description détaillée de l’accident (causes, personnes impliquées, témoins, etc.) :*Detaillierter Unfallhergang (Ursache, beteiligte Personen, Zeugen, usw.) :* |       |
| Existe-il un rapport de police ?*Gibt es einen Polizeirapport ?* | *[ ]*  Oui / *Ja* (joindre une copie / *Kopie beilegen*\*)*[ ]*  Non / *Nein* |
| **6. Atteinte à la santé / *Verletzung*** |
| Description des lésions corporelles :*Beschrieb der Körperverletzung :* |       |
| Traitements subis \* :*Bisherige Behandlungen \* :* |       |
| Degré d’invalidité \* :*Bleibende körperliche Einschränkung \**: |       |
| Traitements prévus \* :*Vorgesehene Massnahmen\* :* |       |
| Nom et adresse du médecin-traitant, spécialiste ou hôpital pouvant fournir des renseignements :*Name und Adresse des behandelnden Arztes, Spezialisten oder Spitals, welche Auskunft geben können :* |       |
| **7. Motif de la demande de participation financière / *Grund des Gesuchs um finanzielle Beteiligung*** |
|  | Description / *Beschreibung* | Coût total /*Gesamtkosten* | Demande de participation / *Gesuch um Beteiligung* |
| Aide à la formation \* :*Ausbildungshilfen* \* *:* |       | CHF       | CHF       |
| Moyens auxiliaires \* :*Hilfsmittel \* :* |       | CHF       | CHF       |
| Equipement, investissement \* :*Ausrüstung, Investitionen* *\* :* |       | CHF       | CHF       |
| Autres \* :*Anderes \* :* |       | CHF       | CHF       |
|  |
| Avez-vous déposé une demande auprès d’une autre instance? / *Haben Sie bei einer anderen Instanz ein Gesuch eingereicht?**[ ]* Oui / *Ja.* Laquelle / *Welche ?* \* :       Quand / *Wann* ? :      *[ ]* Non / *Nein* |
| **8. Remarques / *Bemerkungen :*** |
| Remarques :*Bemerkungen :* |       |

Lieu et date /

*Ort und Datum:*

Signature du représentant légal /

*Unterschrift des gesetzlichen Vertreters:*

|  |
| --- |
| A remplir par les autorités / *durch die Behörden auszufüllen*  |
| Reçu le / *Erhalten am* :  |       |
| No du dossier / *Dossier Nr* : |       |
| Montant versé / *Betrag ausbezahlt* : |       |

\* joindre des justificatifs / *Belege beifügen*