**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*