

**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**