



MINISTÈRE DE LA DÉFENSE



DÉCLARATION INITIALE D'AFFECTION PRÉSUMÉE IMPUTABLE AU SERVICE

LE CENTRE MEDICAL DES ARMÉES
83300 Toulon

CNMSS
SERVICE APIAS
83 090 TOULON CEDEX

1 - LA VICTIME (se reporter à la notice)

Monsieur :
Né le :
À :
NIR :
CITÉ :
PAYS :
CITÉ :
PAYS :

ADRESSE CIVILE : FRANCE, :
N° IDENTIFIANT DÉFENSE : :
Période de stage / réserve :
Date de début : - Date de fin :

CATÉGORIE : Sous officier
STATUT : Sous contrat

2 - L'EMPLOYEUR (se reporter à la notice)

ARMÉE : Gendarmerie nationale

DRSSA/DIASS de
rattachement :

UNITÉ
D'AFFECTATION : Compagnie d'instruction

CMA/CMIA de : CENTRE MEDICAL DES ARMÉES
rattachement :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU
CMA/CMIA de rattachement :

3 - LES INFORMATIONS RELATIVES À L'ACCIDENT

Date de l'accident :
Pour une maladie, date de la 1ère consultation :
Lieu de l'accident :
Circonstances générales de l'accident (ou maladie) :
123 - piste de risque ou d'audace (individuel-collectif)
Circonstances détaillées de l'accident (ou maladie) :

Heure de l'accident :
Situation lors de l'accident (ou maladie) :

VISA DE L'AUTORITÉ

Les informations administratives et/ou les circonstances de l'accident (ou de la maladie) mentionnées sur la DAPIAS sont :

- ☐ Confirmées
☐ Contestées

MOTIF(S)

DAPIAS présenté le

Grade et qualité

Signature

Nature et siège des lésions : luxation rotule gauche et fracture extrémité distale tibia gauche articulaire chirurgicale
Genou gauche Cheville gauche

Partie réservée à la CNMSS

NOM, PRÉNOM, CACHET ET SIGNATURE DU MÉDECIN DU CMA

SIGNATURE DE LA VICTIME

☒ Impossibilité de signer