

# Déclaration d'accident\*

A REMPLIR PAR LE CORRESPONDANT QUALIFIE DU CLUB  
OU LA VICTIME SI CELLE CI EST ARBITRE

<p>Nom et N° matricule du club (ou n° matricule du groupement corporatif ou adhérent) (en caractères majuscules d'imprimerie)</p> <p>Nom et prénoms du (de la) blessé(e) (en caractères majuscules d'imprimerie)</p> <p><b><u>N° d'affiliation -URBSFA</u></b></p> <p>Sa date de naissance .....</p> <p>Son adresse exacte .....</p> <p>Le blessé est-il assujetti à la INAMI ou à charge de l'assujetti? Est-il en période de stage auprès de sa mutuelle? Citez le nom et l'adresse de cette mutuelle Numéro d'affiliation du blessé auprès de sa mutualité</p> <p>Est-il orphelin ou à charge d'un pensionné, d'une veuve ou d'un invalide?</p> <p>Est-il étudiant - employé - ouvrier ? .....</p> <p>Quelle est sa profession ? .....</p> <p>Nom et adresse de l'employeur</p> <p>Est-il assujetti à la Sécurité Sociale comme joueur ?</p> <p><b><u>Date et heure de l'accident</u></b></p> <p>Sa fonction (barrer les mentions inutiles)</p> <p>A) Au cours de quel match officiel ? Quelle division et quelle série? B) Au cours de quel match amical ? C) Au cours de quel entraînement ?</p> <p>Sur quel terrain ? .....</p> <p>Circonstances de l'accident ? .....</p> <p>En cas de coup volontaire, citez le nom et le club du responsable, si celui-ci a été exclu par l'arbitre</p> <p>S'il s'agit d'une agression proprement dite, évaluation du dommage matériel éventuel Y a-t-il eu procès verbal ? .....</p> <p>Par qui a-t-il été dressé ? A la demande de qui ? (Nom et adresse)</p> <p><b>Si le blessé est un arbitre - steward</b> N° de compte auquel l'indemnité peut être éventuellement versée</p>	<p>N° Matricule</p> <p>N°</p> <p>Veillez apposer une vignette de "mutuelle" du blessé s.v.p.</p> <p>à</p>
--	---

(Voir l'attestation médicale de constat au verso)

Date :

*Signature du correspondant qualifié du club  
ou de l'arbitre blessé*

\* Cette déclaration doit nous parvenir dans les 21 jours calendrier après la date de l'accident.

# Déclaration d'accident\*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

N° Matricule

1. Nom prénoms et club du joueur accidenté.....
- 1.5 Date de l'accident ..... à .....
2. Date du 1° examen médical ..... Heure .....
3. Quelles sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ? .....

S'agit-il d'une récurrence ? ..... OUI / NON

Y-a-t-il eu concours d'un état antérieur (infirmité, ..... OUI / NON

maladies ou la victime était-elle estropiée ? ..... OUI / NON

- 3.5 Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident  
relaté sur la déclaration d'accident au verso ? ..... OUI / NON

4. Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un :

a) Kinésithérapeute ou phytothérapeute ? ..... OUI / NON

Combien de séances sont nécessaires ?

Si des séances supplémentaires devaient s'avérer nécessaires plus tard, le joueur ou le club doit nous transmettre une copie de la prescription médicale AVANT que chaque nouvelle série débute.

b) spécialiste ..... OUI / NON

c) radiologue ..... OUI / NON

5. Conséquence de l'accident    Incapacité Total de Travail    OUI / NON pendant ..... jours  
   Incapacité Partielle de Travail    OUI / NON pendant ..... jours  
   Incapacité Sportive    OUI / NON pendant ..... jours

6. L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente ? ..... OUI / NON

7. Peut-on espérer le rétablissement complet ? ..... OUI / NON

8. Vos constatations ne comportent-elles aucune réserve ou constatation spéciales ? si oui, lesquelles ? .....

Cachet du médecin

Délivré à ..... Le ...../..... 20.....  
Le médecin,

\* Cette déclaration doit nous parvenir dans les 21 jours calendrier après la date de l'accident.  
(Voir déclaration d'accident au verso)