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

U.R.B.S.F.A. - SERVICE "ACCIDENTS"
Rue de Bruxelles 480
1480 TUBIZE

Souhaitez-vous de plus amples renseignements ?
TEL 02/ 477 12 69
02/ 477 12 63

Déclaration d'accident

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

Nom et N° matricule du club (ou n° matricule du groupement corporatif ou adhérent
(en caractères majuscules d'imprimerie)

SC MONTIGNIES

N° Matricule
09452

Nom et prénoms du (de la) blessé(e)
(en caractères majuscules d'imprimerie)

N° d'affiliation -URBSFA

N°

Sa date de naissance .....
Son adresse exacte .....

Le blessé est-il couvert par une assurance "HOSPITALISATION" privée OUII/NON
Si OUI de quelle compagnie s'agit-il :
.....
.....
..... / Tél : .....

Veuillez apposer une vignette de "mutuelle" du blessé s.v.p.

Est-il étudiant - employé - ouvrier ? .....
Quelle est sa profession ? .....
Nom et adresse de l'employeur
Est-il assujetti à la Sécurité Sociale comme joueur ?

Date et heure de l'accident

à

Sa fonction (barrer les mentions inutiles)

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 ?

Sur quel terrain ? .....

Circonstances de l'accident ? .....

En cas de coup volontaire, citez le nom et le club du responsable, si celui-ci a été exclu par l'arbitre

S'il s'agit d'une agression proprement dite, évaluation du dommage matériel éventuel
Y a-t-il eu procès verbal ? .....
Par qui a-t-il été dressé ?
A la demande de qui ? (Nom et adresse)

Si le blessé est un arbitre - steward
N° de compte auquel l'indemnité peut être éventuellement versée

(Voir l'attestation médicale de constat au verso)

Date :

SIGNATURE DE LA VICTIME ou des parents /TUTEUR LEGAL (pour enfants de moins de 13 ans) qui en outre confirme son accord formel par rapport à la susdite déclaration concernant ses données médicales

Faite à : Montignies sur Sambre

SIGNATURE DU CORRESPONDANT QUALIFIE DU CLUB

Généré par www.magelan.be

U.R.B.S.F.A. - SERVICE "ACCIDENTS"
Rue de Bruxelles 480
1480 TUBIZE

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 récidive ? ..... **OUI / NON**

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

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

.....

Cachet du médecin

Délivré à ..... Le ...../..... 20.....

Le médecin,

Généré par www.magelan.be

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