

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
groupe corporatif ou adhérent)
(en caractères majuscules d'imprimerie)

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

N° d'affiliation-URBSFA

Sa date de naissance
Son adresse exacte

Le blessé est-il assujéti à l'AMI ou à charge d'un assujéti?
Est-il en période de stage auprès de sa mutuelle? . . .
Citez le nom et l'adresse de cette mutuelle
Numéro d'affiliation du blessé après de sa mutuelle . . .
Si **indépendant** : régime d'affiliation?
Est-il orphelin ou à charge d'un pensionné, d'une veuve ou
d'un invalide?

Est-il **étudiant-employé-ouvrier-indépendant**...?
Quelle est sa profession?
Nom et adresse de l'employeur
Est-il assujéti à la Sécurité Sociale en qualité de joueur?

Date et heure de l'accident

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 arbitre - steward : n° Compte auquel
l'indemnité peut éventuellement être versée

N° Matricule :

N°

OUI / NON ou vignette de la mutuelle
OUI / NON du blessé

Gros risques / tous risques

...../...../20..... heures

joueur(se), arbitre, entraîneur, steward, bénévole

autre :

OUI / NON

n° Compte

(Voir l'attestation médicale de constat au verso)

Date

Signature du correspondant du club
(ou de l'arbitre blessé) :

* Cette déclaration doit nous parvenir dans les 14 jours ouvrables après la date de l'accident.

Attestation médicale

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Docteur demeurant à

..... rue n° Tél.

1. Nom, prénom et club du joueur accidenté

.....
.....

2. Quand avez-vous examiné la victime ?

...../...../20..... heures

3. Quelles sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ?

.....
.....

S'agit-il d'une récurrence ? OUI /NON

4. Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un : (barrer les mentions inutiles)

a) kinésithérapeute ou physiothérapeute ?

OUI /NON

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

OUI /NON

Combien de séances sont nécessaires ?

b) spécialiste

OUI /NON

c) radiologue

5. La victime est-elle entièrement ou partiellement incapable de vaquer à ses occupations professionnelles ?

Totalement pendant jours.

Partiellement pendant jours.

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

.....

7. Peut-on espérer le rétablissement complet ?

.....

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

.....

9. La victime était-elle antérieurement à l'accident estropiée, mutilée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie ?

.....

10. L'intéressé a-t-il déjà été victime d'un accident sportif ou autre ?

.....

11. Si oui, où et à quelle date ?

.....

12. Quelle fut la nature des lésions encourues à l'époque ?

.....

13. Quelles en ont été les suites ?

.....

Cachet du Médecin

Délivrée à le20.....

Le Médecin,

* Cette déclaration doit nous parvenir dans les 14 jours ouvrables après la date de l'accident.

(Voir déclaration d'accident au verso)