

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><u>N° d'affiliation-URBSFA</u></p> <p>Sa date de naissance Son adresse exacte</p> <p>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?</p> <p>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?</p> <p>Date et heure de l'accident</p> <p>Sa fonction (barrer les mentions inutiles)</p> <p>A) Au cours de quel match officiel ? Quelle division et quelle série ?</p> <p>B) Au cours de quel match amical ?</p> <p>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 ? 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</p>	<p>N° Matricule :</p> <p>N°</p> <p>OUI / NON ou vignette de la mutuelle du blessé OUI / NON Gros risques / tous risques</p> <p>...../...../20..... heures</p> <p>joueur(se), arbitre, entraîneur, steward, bénévole autre :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>OUI / NON</p> <p>n° Compte</p>
--	---

(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 le 20.....

Le Médecin,

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

(Voir déclaration d'accident au verso)