

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 assujetti à l'AMI ou à charge d'un 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 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 assujetti 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? . 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</p> <p>Y a-t-il eu procès-verbal ?</p> <p>A la demande de qui ? (nom et adresse)</p> <p>Si le blessé est arbitra- steward: n° Compte auquel l'indemnité peut éventuellement être versée.</p>	<p>N° Matricule:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>N°</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>OUI / NON Ou vignette de la mutuelle OUI / NON du blessé</p> <p>.....</p> <p>Gros risques / tous risques</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>...../...../20.... heures</p> <p>Joueurs(se), arbitre, entraineur, steward, bénévoles</p> <p>Autre :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>OUI / NON</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>n° Compte</p>
--	--

(Voir l'attestation médicale de constat

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 ?

Totalement pendant jours.

OUI / NON

Combien de séances sont nécessaires ?

b) spécialiste

c) radiologue



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

OUI / NON

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

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)