

# 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>N° Matricule :</p>
<p>Nom et prénoms du (de la) blessé(e) (en caractères majuscules d'imprimerie)</p>	<p><b>N°</b></p>
<p><u>N° d'affiliation-URBSFA</u></p>	<p>Veuillez apposer une vignette "mutuelle" du blessé s.v.p.</p>
<p>Sa date de naissance Son adresse exacte</p>	<p>...../...../20..... heures joueur(se), arbitre, entraîneur, steward, bénévole ou autres : .....</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 . . . . .</p>	<p>...../...../20..... heures</p>
<p>Est-il orphelin ou à charge d'un pensionné, d'une veuve ou d'un invalide? . . . . .</p>	<p><b>Date et heure de l'accident</b></p>
<p>Est-il <b>étudiant-employé-ouvrier</b>...? Quelle est sa profession? . . . . . Nom et adresse de l'employeur . . . . . Est-il assujéti à la Sécurité Sociale en qualité de joueur? .....</p>	<p>Sa fonction (barrer les mentions inutiles)</p>
<p><b>Date et heure de l'accident</b></p>	<p>A) Au cours de quel match officiel ? Quelle division et quelle série ? . . . . .</p>
<p>Sa fonction (barrer les mentions inutiles)</p>	<p>B) Au cours de quel match amical ?</p>
<p>A) Au cours de quel match officiel ? Quelle division et quelle série ? . . . . .</p>	<p>C) Au cours de quel entraînement ? . . . . .</p>
<p>B) Au cours de quel match amical ?</p>	<p>Sur quel terrain ? . . . . .</p>
<p>C) Au cours de quel entraînement ? . . . . .</p>	<p>Circonstances de l'accident ? . . . . .</p>
<p>Sur quel terrain ? . . . . .</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>Circonstances de l'accident ? . . . . .</p>	<p>S'il s'agit d'une agression proprement dite, évaluation du dommage matériel éventuel . . . . .</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>Y a-t-il eu procès-verbal ? . . . . .</p>
<p>S'il s'agit d'une agression proprement dite, évaluation du dommage matériel éventuel . . . . .</p>	<p>Par qui a-t-il été dressé ? . . . . .</p>
<p>Y a-t-il eu procès-verbal ? . . . . .</p>	<p>A la demande de qui ? (nom et adresse) . . . . .</p>
<p>Par qui a-t-il été dressé ? . . . . .</p>	<p><b>Si le blessé est arbitre - steward</b> : n° Compte auquel l'indemnité peut éventuellement être versée . . . . .</p>
<p>A la demande de qui ? (nom et adresse) . . . . .</p>	<p>n° Compte</p>
<p><b>Si le blessé est arbitre - steward</b> : n° Compte auquel l'indemnité peut éventuellement être versée . . . . .</p>	<p>Date ..... Signature du correspondant du club (ou de l'arbitre blessé) :</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 21 jours calendrier après la date de l'accident.

## Attestation médicale\*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

1. Nom, prénom et club du joueur accidenté .....

.....

1.5 Date de l'accident ...../...../20.....

2. Date du 1<sup>er</sup> examen médical ...../...../20..... heures

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 concours d'un état antérieur (infirmité, OUI / NON

maladies ou la victime était-elle estropiée ?

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 physiothérapeute ? . . . . . 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 Totale 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 spéciale ? Si oui, lesquelles ? .....

.....

Cachet du Médecin

Délivrée 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)