

## 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 style="text-align: center;"><u><b>N° d'affiliation-URBSFA</b></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 . . . . .</p> <p>Est-il orphelin ou à charge d'un pensionné, d'une veuve ou d'un invalide? . . . . .</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><b>Date et heure de l'accident</b></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) . . . . . <b>Si le blessé est arbitre - steward</b> : n° Compte auquel l'indemnité peut éventuellement être versée . . . . .</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">N° Matricule :</div> <p>.....</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 60%; text-align: center; color: red;">N°</div> <p>.....</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%; text-align: center;">       Veuillez apposer une vignette "mutuelle" du blessé s.v.p.     </div> <p>.....</p> <p>...../...../20..... heures</p> <p>joueur(se), arbitre, entraîneur, steward, bénévole ou autres : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">OUI / NON</p> <p>.....</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 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)