

# 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 <b>indépendant</b> : régime d'affiliation? . . . . . Est-il orphelin ou à charge d'un pensionné, d'une veuve ou d'un invalide? . . . . .</p> <p>Est-il <b>étudiant-employé-ouvrier-indépendant</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>	<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><b>joueur(se), arbitre, entraineur, steward, bénévole</b> autre : .....</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. ....

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. Nom, prénom et club du joueur accidenté . . . . .</p> <p>2. Quand avez-vous examiné la victime ?</p> <p>3. Quelles sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ?<br/>S'agit-il d'une récurrence ? . . . . . OUI /NON</p> <p>4. Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un : (barrer les mentions inutiles)</p> <p>a) kinésithérapeute ou physiothérapeute ? . . . . .</p> <p><b>Combien de séances sont nécessaires ?</b></p> <p>b) spécialiste . . . . .</p> <p>c) radiologue . . . . .</p> <p>5. La victime est-elle entièrement ou partiellement incapable de vaquer à ses occupations professionnelles ? . . . . .</p> <p>6. L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente ?</p> <p>7. Peut-on espérer le rétablissement complet ? . . . . .</p> <p>8. Vos constatations ne comportent-elles aucune réserve ou constatation spéciale ? Si oui, lesquelles ? . . . . .</p> <p>9. La victime était-elle antérieurement à l'accident estropiée, mutilée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie ? . . . . .</p> <p>10. L'intéressé a-t-il déjà été victime d'un accident sportif ou autre ? . . . . .</p> <p>11. Si oui, où et à quelle date ? . . . . .</p> <p>12. Quelle fut la nature des lésions encourues à l'époque ?</p> <p>13. Quelles en ont été les suites ? . . . . .</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>...../...../20..... heures</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>OUI /NON</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Si des séances supplémentaires devaient s'avérer nécessaires plus tard, le joueur doit nous transmettre une copie de la prescription médicale <b>AVANT</b> que chaque nouvelle série débute.</b></p> <p>OUI /NON</p> <p>OUI /NON</p> <p>Totalement pendant ..... jours.</p> <p>Partiellement pendant ..... jours.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|--|--|

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)