

Veuillez transmettre le formulaire, dans les 21 jours calendrier après la date d'accident, à l'adresse ci-dessous :

U.R.B.S.F.A. - SERVICE "ACCIDENTS"

Avenue Houba de Strooper 145

1020 BRUXELLES

Souhaitez-vous de plus amples renseignements ?

TEL 02/ 477 12 69

02/ 477 12 63

Déclaration d'accident

A REMPLIR PAR LE CORRESPONDANT QUALIFIE DU CLUB OU LA VICTIME SI CELLE-CI EST ARBITRE

Nom et n° matricule du club (ou n° matricule du
groupement corporatif ou adhérent)
(en caractères majuscules d'imprimerie)

Nom et prénoms du (de la) blessé(e)
(en caractères majuscules d'imprimerie)

N° d'affiliation-URBSFA

Sa date de naissance

Son adresse exacte

Le blessé est-il couvert par une assurance
"HOSPITALISATION" privée OUI / NON
Si OUI de quelle compagnie s'agit-il:

.....

.....

...../ Tél.....

Est-il **étudiant - employé - ouvrier**...?

Quelle est sa profession?

Nom et adresse de l'employeur

Est-il assujéti à la Sécurité Sociale en qualité de joueur?

Date et heure de l'accident

Sa fonction (barrer les mentions inutiles)

A) Au cours de quel match officiel ?

Quelle division et quelle série ?

B) Au cours de quel match amical ?

C) Au cours de quel entraînement ?

Sur quel terrain ?

Description de l'accident (causes, circonstances, suites)

En cas de coup volontaire, citez le nom et le club du
responsable, si celui-ci a été exclu par l'arbitre . . .

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

N° Matricule :

N°

Veuillez apposer une vignette "mutuelle" du blessé s.v.p.

...../...../20..... heures

Joueur(se), arbitre, entraineur, steward, bénévole
ou autres :

OUI / NON

n° Compte

(Voir l'attestation médicale de constat au verso)

"En vue d'une gestion efficace de mon dossier, et uniquement à cet effet, je donne autorisation au traitement des données médicales me concernant relatives à l'accident dont j'ai été victime, comme décrit dans la "Déclaration de confidentialité" qui peut être consultée sur www.arena-nv.be/CONFIDENTIALITE.pdf. Conformément à la loi RGDP, j'ai le droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement de mes données (arena@arena-nv.be).

Faite à

SIGNATURE DU CORRESPONDANT QUALIFIE DU CLUB

En date du

SIGNATURE DE LA VICTIME ou des parents / TUTEUR LEGAL
(pour enfants de moins de 13 ans) qui en outre confirme son accord
formel par rapport à la susdite déclaration concernant ses données médicales

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^{er} 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, maladies ou la victime était-elle estropiée ? OUI / NON
- 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 ?**
- 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 ?
-

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.

Cachet du Médecin

Délivrée à.....le20
Le Médecin,