

Veillez 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 assujetti 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°

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

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

Joueur(se), arbitre, entraîneur, 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 ?

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)