

# 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 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 .

Est-il orphelin ou à charge d'un pensionné, d'une veuve ou  
d'un invalide? . . . . .

## 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 ? . . . . .

Circonstances de l'accident ? . . . . .

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

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) . . . . .

**Si le blessé est arbitre - steward** : n° Compte auquel

l'indemnité peut éventuellement être versée . . .

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

**N°**

----- 7  
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)**

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 1er 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 ?**

**D**

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)