



Déclaration / Attestation médicale (À remettre au secrétaire du club)

Date et heure de l'accident:

Club:

Nom:

N° d'affiliation:

Match ou entraînement:

Assurance hospitalisation:

Description de l'accident:

À remplir par la victime

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).

Signature victime ou
les parents/tuteur légal
(pour les enfants de moins
de 13 ans)

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

À remplir par le médecin traitant

1. Date du 1er examen médical / /20
2. Quels sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ?

3. Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un 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.

4. S'agit-il d'une récurrence? OUI / NON
5. Y-a-t-il concours d'un état antérieur ? OUI / NON
(infirmité, maladies ou la victime était-elle estropiée ?)
6. Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident
relaté sur la déclaration d'accident? OUI / NON
7. 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
8. L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente ? OUI / NON
9. Peut-on espérer le rétablissement complet ? OUI / NON
10. Vos constatations ne comportent-elles aucune réserve ou constatation spéciale ? Si oui, lesquelles?

Le médecin

Délivrée à Le / /20

RBFA Service "accidents" – insurance@rbfa.be
Rue de Bruxelles 480, 1480 Tubize

** Cette déclaration doit nous parvenir dans les **21 jours calendrier** après la date de l'accident.

INFORMATION SUR L'ASSURANCE

La personne blessée est-elle couverte par une assurance hospitalisation ? oui non
(cocher + préciser)

Si oui : -Compagnie d'assurance
 -Numéro de tél de la compagnie d'assurance

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Fonction : Joueur Entraîneur Steward Bénévole
(cocher)

Type d'activité : Match
(cocher + préciser)
 - Quel match ?
 - Quel terrain ?.....

 Entraînement
 - Au cours de quel entraînement ?
 - Quel terrain ?.....

Description accident (circonstances précises)
.....
.....
.....
.....

Dans le cas d'un coup volontaire,
le nom et le club de la personne responsable en cas d'exclusion par l'arbitre (cocher)

ne s'applique pas joueur feuille de match autre joueur

Un procès-verbal a été rédigé ? oui non
(cocher)