U.R.B.S.F.A. - SERVICE "ACCIDENTS"
Avenue Houba de Strooper 145
1020 BRUXELLES

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)	N° Matricule : .....
Nom et prénoms du (de la) blessé(e) (en caractères majuscules d'imprimerie)	.....
N° d'affilliation-URBSFA	**N°**
Sa date de naissance Son adresse exacte	....
Le blessé est-il assujetti à l'AMI ou à charge d'un assujetti? 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 .	Veuillez apposer une vignette "mutuelle" du blessé s.v.p.
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 assujetti à la Sécurité Sociale en qualité de joueur?	....
Date et heure de l'accident	...../...../20..... .....heures
Sa fonction (barrer les mentions inutiles)	joueur(se), arbitre, entraineur, steward,bénévole ou autres :.....
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	..... 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.**

U.R.B.S.F.A. - SERVICE "ACCIDENTS"
Avenue Houba de Strooper 145
1020 BRUXELLES

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 récidive ? OUI / NON

Y-a-t-il concours d'un état antérieur (infirmité, OUI / NON

maladies ou la victime était-elle estropiée ?

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)