

**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

<p>Nom et n° matricule du club (ou n° matricule du groupement corporatif ou adhérent) . . . . . (en caractères majuscules d'imprimerie)</p> <p>Nom et prénoms du (de la) blessé(e) (en caractères majuscules d'imprimerie)</p> <p><b><u>N° d'affiliation-URBSFA</u></b></p> <p>Sa date de naissance Son adresse exacte</p> <p>Le blessé est-il couvert par une assurance "HOSPITALISATION" privée OUI / NON Si OUI de quelle compagnie s'agit-il: ..... ..... ...../ Tél.....</p> <p>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?</p> <p><b>Date et heure de l'accident</b></p> <p>Sa fonction (barrer les mentions inutiles)</p> <p>A) Au cours de quel match officiel ? Quelle division et quelle série ? . . . . .</p> <p>B) Au cours de quel match amical ? . . . . .</p> <p>C) Au cours de quel entraînement ? . . . . .</p> <p>Sur quel terrain ? .....</p> <p>Description de l'accident (causes, circonstances, suites)</p> <p>En cas de coup volontaire, citez le nom et le club du responsable, si celui-ci a été exclu par l'arbitre . . .</p> <p>Y a-t-il eu procès-verbal ? . . . . . Par qui a-t-il été dressé ? . . . . . A la demande de qui ? (nom et adresse) . . . . . <b>Si le blessé est arbitre - steward : n° Compte auquel l'indemnité peut éventuellement être versée . . . . .</b></p>	<p>Fc. Polonia - Boisfort</p> <p>N° Matricule : 09647</p> <p>N°</p> <p>Veuillez apposer une vignette "mutuelle" du blessé s.v.p.</p> <p>...../...../20..... heures</p> <p>Joueur(se), arbitre, entraîneur, steward, bénévole ou autres : .....</p> <p>OUI / NON</p> <p>n° Compte .....</p>
--	--

**(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](http://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](mailto:arena@arena-nv.be)).

Faite à .....

En date du .....

SIGNATURE DU CORRESPONDANT QUALIFIE DU CLUB

SIGNATURE DE LA VICTIME ou des parents / TUTEUR LEGAL

*A. EYLES*

(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<sup>er</sup> 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.....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)