Attestation médicale

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Docteur demeurant		nt à
populary	rue	n° Tél
1.	Nom, prénom et club du joueur accidenté	
2.	Quand avez-vous examiné la victime ?	/20 heures
3.	Quelles sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ?	
٠.	S'agit-il d'une récidive ? OUI /NON	
4.	Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un : (barrer les m	
	a) kinésithérapeute ou physiothérapeute ?	OUI /NON
	Combien de séances sont nécessaires ?	Si des séances supplémentaires devaient s'avérer nécessaires plus tard, le joueur doit nous transmettre une copie de la prescription médicale AVANT que
	b) spécialiste	OUI /NON chaque nouvelle série débute.
	c) radiologue	OUI /NON
5.	La victime est-elle entièrement ou partiellement incapable	Totalement pendant jours.
	de vaquer à ses occupations professionnelles ?	Partiellement pendant jours.
6.	L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente ?	
7.	Peut-on espérer le rétablissement complet ?	
8.	Vos constatations ne comportent-elles aucune réserve	
	ou constatation spéciale ? Si oui, lesquelles ?	
9.	La victime était-elle antérieurement à l'accident estropiée,	
	mutilée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie?	
10	. L'intéressé a-t-il déjà été victime d'un accident	*
	sportif ou autre ?	
11	. Si oui, où et à quelle date ?	
12. Quelle fut la nature des lésions encourues à l'époque ?		*
	Quelles en ont été les suites ?	
_	. Cashoo sir sir sic to saites	
	Cachet du Médecin Délivrée à	20

★ Cette déclaration doit nous parvenir dans les 14 jours ouvrables après la date de l'accident.

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)	Nº Matricule :
N° d'affilliation-URBSFA	N °
Sa date de naissance	
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 . Si indépendant : régime d'affiliation? Est-il orphelin ou à charge d'un pensionné, d'une veuve ou d'un invalide?	OUI / NON ou vignette de la mutuelle OUI / NON du blessé Gros risques / tous risques
Est-il étudiant-employé-ouvrier-indépendant? Quelle est sa profession?	
Date et heure de l'accident	heures
Sa fonction (barrer les mentions inutiles)	joueur(se), arbitre, entraineur, steward,bénévole
	autre :
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

(Voir l'attestation médicale de constat au verso)

[★] Cette déclaration doit nous parvenir dans les 14 jours ouvrables après la date de l'accident.

DECLARATION D'ACCIDENT:

<u>Membre du club du RESCM</u>: tu trouveras ci-dessous une déclaration d'accident à télécharger suite à la blessure que tu as subie au football.

Sur la <u>page 1</u> : **ATTESTATION MEDICALE** à faire remplir par le **médecin**, lequel indiquera le nombre de séances de kiné prescrites.

Sur la <u>page 2</u> : remplir les renseignements concernant **TA SITUATION PROFESSIONNELLE**, ne pas oublier de joindre une **VIGNETTE DE MUTUELLE** (la partie 'Déclaration d'accident' sera remplie par le secrétaire du club).

Puis transmettre par courrier **DANS LES 10 JOURS OUVRABLES APRES LA DATE DE L'ACCIDENT** (afin que le Secrétaire dispose du temps suffisant pour la transmettre à l'Union Belge de Football dans le délai légal) les 2 pages dûment remplies (comme expliqué ci-avant) + la vignette mutuelle à cette adresse :

Mr Pascal Boulant

Secrétaire du R.E.S.C-Mariembourg Rue des minières 23 5620 FLORENNES

En cas de doute ou de problèmes, tu peux le contacter au 0476/94.17.25 ou par mail à phoulant@hotmail.com