

**Veillez 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

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 couvert par une assurance  
"HOSPITALISATION" privée OUI / NON

Si OUI de quelle compagnie s'agit-il:  
.....  
.....  
...../ Tél.....

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**

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 ? .....

Description de l'accident (causes, circonstances, suites)

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

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 . . . . .

N° Matricule :

**N°**

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)**

*"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 .....

SIGNATURE DU CORRESPONDANT QUALIFIE DU CLUB

En date du .....

SIGNATURE DE LA VICTIME ou des parents / TUTEUR LEGAL  
(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 ?

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)