

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^{er} 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)

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><u>N° d'affiliation-URBSFA</u></p> <p>Sa date de naissance Son adresse exacte</p> <p>Le blessé est-il assujéti à l'AMI ou à charge d'un assujéti? 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</p> <p>Est-il orphelin ou à charge d'un pensionné, d'une veuve ou d'un invalide?</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>Date et heure de l'accident</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>Circonstances de l'accident ?</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>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</p>	<p>N° Matricule</p> <p>N°</p> <p>...../...../20..... heures</p> <p>joueur(se), arbitre, entraineur, steward, bénévole ou autres :</p> <p>OUI / NON</p> <p>n° Compte</p>
---	---

(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.