

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°
<u>N° d'affiliation-URBSFA</u>	Veillez apposer une vignette "mutuelle" du blessé s.v.p.
Sa date de naissance Son adresse exacte	
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	joueur(se), arbitre, entraîneur, steward, bénévole ou autres :
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 assujéti 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 ?	OUI / NON
C) Au cours de quel entraînement ?	n° Compte
Sur quel terrain ?	Date Signature du correspondant du club (ou de l'arbitre blessé) :
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	

(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.