

## FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

*Veillez transmettre le formulaire au responsable de votre fédération à l'adresse suivante :*

**Mr. Philippe DU PARQUE - Rue de la Basse Sambre, 19 - B-5060 Arsimont**  
☎ 0495/51 52 58 e-mail: Ph.duparque@gmail.com

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FEDERATION

Police n°: **A.C. 1.111.608**  
**R.C. 1.111.609**

**R . G . C . C .**  
**Royal Groupement Corporatif de Charleroi**



Dénomination de votre club .....

Nom et adresse du responsable du club .....

Tel. n° / GSM ..... E-mail .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Date de naissance  /  /  M  F  Profession .....

Membre du club depuis le  /  /  N° carte de membre fédérale .....

Au moment de l'accident vous étiez :  pratiquant  officiel  arbitre  spectateur  
 autre : .....

IBAN N°     BIC N°

E-mail .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident  /  /  Jour ..... Heure .....

Lieu de l'accident .....

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

Croquis (*à ajouter s'il s'agit d'un accident de circulation*)

.....

.....

.....

***En ce qui concerne les lésions corporelles, veuillez faire remplir le certificat médical ci-joint par votre médecin.***

Pendant quelle sorte d'activité l'accident a-t-il eu lieu ?  Entraînement  Match / Compétition officielle

Match / Compétition amicale  Couverture "Risques temporaires" souscrite séparément  Autre : .....

Pendant la participation à une activité organisée par le club  Sur le chemin aller/retour d'une activité du club

Pendant la participation à une activité sans aucun lien avec le club Moyen de transport utilisé .....



|   |                         |  |
|---|-------------------------|--|
| FEDERATION : <b>R . G . C . C .</b><br>CLUB : ..... | NOUVELLE<br>DECLARATION | DOSSIER EXISTANT<br>Dossier n° : ..... |
|---|-------------------------|--|

*à remplir par le médecin*

**CERTIFICAT MEDICAL**

1) Nom du médecin .....

Adresse .....

Tel. n° ..... E-mail .....

2) Nom de la victime .....

Adresse .....

3) Date de l'accident  /  /

4) Date et heure à laquelle vous avez examiné la victime  /  /  à  .  hrs.

5) Quelle est la nature des lésions encourues et quelles parties du corps ont été touchées ?

.....  
 .....  
 .....

➤ S'agit-il d'une lésion due à un traumatisme aigu ?  oui  non

➤ Y a-t-il une anamnèse ?  oui  non

➤ La lésion peut-elle être due à ou être influencée par un processus progressif ou une prédisposition ?  oui  non

➤ Remarques : .....

6) Durée prévue du traitement .....

7) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités normales ?  oui  non

➤ Totalement pendant ..... jours.

➤ Partiellement pendant ..... jours.

8) Estimez-vous que l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste est indispensable ?  oui  non

➤ Si oui, laquelle ? .....

9) L'accident entrainera-t-il une incapacité permanente ou peut-on espérer le rétablissement complet ?

.....

**ANTECEDENTS**

10) La victime était-elle antérieurement à l'accident mutilée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie ?

.....

11) L'anamnèse révèle-t-elle que dans le passé la victime a déjà eu un accident ou présenté des symptômes ayant ou non donné lieu au traitement des lésions du même type de celles que vous avez constatées actuellement ?

.....

S'agit-il éventuellement d'une récurrence ? .....

Fait à .....

*Signature et cachet du médecin*

En date du  /  /