Veuillez 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)	..... N° Matricule :
Nom et prénoms du (de la) blessé(e) (en caractères majuscules d'imprimerie)	.....
N° d'affilliation-URBSFA	**N°**
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.....	Veuillez apposer une vignette "mutuelle" du blessé s.v.p.
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	...../...../20..... .....heures
Sa fonction (barrer les mentions inutiles)	Joueur(se), arbitre, entraineur, steward,bénévole ou autres :.....
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 ?	OUI / NON
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° 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.
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).

Faite à ..... En date du .....

SIGNATURE DU CORRESPONDANT QUALIFIE DU CLUB

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*

....

U.R.B.S.F.A. - SERVICE "ACCIDENTS"
Avenue Houba de Strooper 145
1020 BRUXELLES

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 1er examen médical ...../...../20..... ..... heures

3. Quelles sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ? .....

.....

S'agit-il d'une récidive ? OUI / NON

Y-a-t-il concours d'un état antérieur (infirmité, OUI / NON

maladies ou la victime était-elle estropiée ?

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)