



# Déclaration / Attestation médicale (À remettre au secrétaire du club)

Date et heure de l'accident:

Club:

Nom:

N° d'affiliation:

Match ou entraînement:

Assurance hospitalisation:

Description de l'accident:

## À remplir par la victime

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)).

Signature victime ou  
les parents/tuteur légal  
(pour les enfants de moins  
de 13 ans)

Veuillez apposer une vignette 'mutuelle' du blessé s.v.p.

## À remplir par le médecin traitant

1. Date du 1er examen médical ..... / ..... /20.....

2. Quels sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ?  
.....  
.....

3. Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un 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.**

4. S'agit-il d'une récurrence? OUI / NON

5. Y-a-t-il concours d'un état antérieur ? OUI / NON  
(infirmité, maladies ou la victime était-elle estropiée ?)

6. Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident  
relaté sur la déclaration d'accident? OUI / NON

7. 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

8. L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente ? OUI / NON

9. Peut-on espérer le rétablissement complet ? OUI / NON

10. Vos constatations ne comportent-elles aucune réserve ou constatation spéciale ? Si oui, lesquelles?  
.....  
.....

Le médecin

Délivrée à ..... Le ..... / ..... /20.....

ASBL PAC Buzet Jeunes  
56, rue Notre Dame des Grâces  
6230 Pont-à-Celles  
TVA BE 0628.918.108



### **Déclaration d'accident**

ATTENTION : le certificat médical rempli par le médecin doit impérativement être signé (par le parent de l'enfant mineur ou par le joueur lui-même si majeur). La vignette de la victime doit aussi être collée sur ce même certificat (ne pas oublier !).

Afin de pouvoir créer au mieux le dossier d'accident, merci de remplir les données ci-dessous :

Adresse mail et numéro de téléphone de contact :

.....

Date et heure de l'accident :

.....

La personne blessée est-elle couverte par une assurance hospitalisation ? Oui/Non (biffer la mention inutile)

Si oui, nom et numéro de téléphone de l'assurance complémentaire :

.....

.....

Match/Entrainement (biffer la mention inutile)

Catégorie : .....

Un PV a-t-il été dressé ? Oui/Non (biffer la mention inutile)

Circonstances PRECISES de l'accident :

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

Compte bancaire sur lequel rembourser les frais :

.....

Ces documents sont à envoyer dans les 7 jours suivant l'accident à cette adresse :

[lucio0013@hotmail.com](mailto:lucio0013@hotmail.com) en demandant un accusé de réception.

Ces 2 documents doivent être complétés ENTIEREMENT.

Pour le comité.