

## FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veillez transmettre le formulaire à l'adresse suivante svp :

**S.A. ARENA - Avenue des Nerviens 85 bte 2 - B-1040 BRUXELLES**

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

Police n° **A.C. 1.120.834**

**Association Francophone de Padel**

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° d'affiliation .....

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  Compétition officielle

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 .....



**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   /   /