

## FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

*Veillez transmettre le formulaire à l'adresse suivante :*

**Mr. Jean-Marie DUPONT - Rés. L'Etoile - Rue de la Fonderie 4 / Bte 5 - 1400 NIVELLES**

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

Polices n° **A.C. 1.116.108** **FEDERATION DES JEUX DE PAUME WALLONIE-BRUXELLES asbl**  
 n° **R.C. 1.116.109**



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° de matricule .....

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

N° de compte bancaire  -  -  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 : **FEDERATION DES JEUX DE PAUME WALLONIE-  
BRUXELLES asbl**

CLUB : .....

NOUVELLE  
DECLARATION

DOSSIER EXISTANT

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  /  /