

FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veuillez transmettre le formulaire au secrétariat de votre fédération à l'adresse suivante :

F F B C - AVENUE H. LIMBOURG 26 - 1070 BRUXELLES

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FEDERATION

Police n° : **A.C. 2.004.970**
R.C. 1.116.462

FEDERATION FRANCOPHONE BELGE
DE CYCLOTOURISME asbl



Dénomination de votre clubLe.Guidon.Marcinellois.....ASBL.....

Nom et adresse du responsable du club Pétry Elie 39,Rue du Gazomètre 6061 Montignies sur Sambre

Tel. n° / GSM0475/761616..... E-mailelie.petry52@gmail.com.....

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

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 / /