



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. 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).

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

Veillez 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.....



RC Villers-la-Ville
Rue Émile Léger 15
1495 VILLERS-LA VILLE

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 E-mail de contact (OBLIGATOIRE) : _____

Date de l'accident : ____ / ____ / 20____

Match / Entraînement (biffer la mention inutile)

Catégorie : _____

Circonstances de l'accident :

Assurance complémentaire : oui / non (biffer la mention inutile)

Si oui, nom de l'assurance complémentaire : _____

Adresse de l'assurance : _____

Compte bancaire sur lequel rembourser les frais : _____

Ces documents sont à remettre le plus rapidement possible à la buvette ou à envoyer par mail jeunes@rcvlv.be

Olivier VERACHTERT
RAFJ – Secrétaire des jeunes