U.R.B.S.F.A. - FONDS DE SOLIDARITE FEDERAL
Avenue Houba de Strooper 145
1020 BRUXELLES

Déclaration d'accident*

A REMPLIR PAR LE CORRESPONDANT QUALIFIE DU CLUB
OU LA VICTIME SI CELLE-CI EST ARBITRE

Nom et n° matricule du club (ou n° matricule du groupement corporatif ou adhérent) . . . . . **(en caractères majuscules d'imprimerie)**	..... N° Matricule :
Nom et prénoms du (de la) blessé(e) . . . . . **(en caractères majuscules d'imprimerie)**	.....
N° d'affilliation-URBSFA	**N°**
Sa date de naissance	.....
Son adresse exacte	.....
Le blessé est-il assujetti à l'AMI ou à charge d'un assujetti?	OUI / NON ou vignette de la mutuelle du blessé
Est-il en période de stage auprès de sa mutuelle? . .	OUI / NON
Citez le nom et l'adresse de cette mutuelle	.....
Numéro d'affiliation du blessé après de sa mutuelle .	.....
Si **indépendant** : régime d'affiliation?	Gros risques / tous risques
Est-il orphelin ou à charge d'un pensionné, d'une veuve ou d'un invalide?	.....
Est-il **étudiant-employé-ouvrier-indépendant**...?	.....
Quelle est sa profession?	.....
Nom et adresse de l'employeur	.....
Est-il assujetti à la Sécurité Sociale en qualité de joueur?	.....
Date et heure de l'accident	...../...../20..... .....heures
Sa fonction (barrer les mentions inutiles)	**joueur(se), arbitre, entraineur, steward,bénévole**
	autre :.....
A) Au cours de quel match officiel ?	.....
Quelle division et quelle série ?	.....
B) Au cours de quel match amical ?	.....
C) Au cours de quel entraînement ?	.....
Sur quel terrain ?	.....
Circonstances de l'accident ?	.....
En cas de coup volontaire, citez le nom et le club du responsable, si celui-ci a été exclu par l'arbitre . . .	.....
S'il s'agit d'une agression proprement dite, évaluation du dommage matériel éventuel	.....
Y a-t-il eu procès-verbal ?	OUI / NON
Par qui a-t-il été dressé ?	.....
A la demande de qui ? (nom et adresse)	.....
Si le blessé est arbitre - steward : n° Compte auquel l'indemnité peut éventuellement être versée	n° Compte .....

(Voir l'attestation médicale de constat au verso)

Date .....
Signature du correspondant du club
(ou de l'arbitre blessé) :

* **Cette déclaration doit nous parvenir dans les 14 jours ouvrables après la date de l'accident.**

U.R.B.S.F.A. - FONDS DE SOLIDARITE FEDERAL
AVENUE HOUBA DE STROOPER 145
1020 BRUXELLES

Attestation médicale

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Docteur ..... demeurant à .....

rue .....n° ..... Tél. .....

1. Nom, prénom et club du joueur accidenté	.....
	.....
2. Quand avez-vous examiné la victime ?	...../...../20..... ..... heures
3. Quelles sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ?	.....
S'agit-il d'une récidive ? . . . . . OUI /NON	.....
4. Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un : (barrer les mentions inutiles)	
a) kinésithérapeute ou physiothérapeute ?	OUI /NON
Combien de séances sont nécessaires ?	☐ Si des séances supplémentaires devaient s'avérer nécessaires plus tard, le joueur doit nous transmettre une copie de la prescription médicale **AVANT** que chaque nouvelle série débute.
b) spécialiste	OUI /NON
c) radiologue	OUI /NON
5. La victime est-elle entièrement ou partiellement incapable	Totalement pendant ..... jours.
de vaquer à ses occupations professionnelles ?	Partiellement pendant ..... jours.
6. L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente ?	.....
7. Peut-on espérer le rétablissement complet ?	.....
8. Vos constatations ne comportent-elles aucune réserve ou constatation spéciale ? Si oui, lesquelles ?	.....
9. La victime était-elle antérieurement à l'accident estropiée, mutilée ou atteinte d'une infirmité ou d'une maladie ? . .	.....
10. L'intéressé a-t-il déjà été victime d'un accident sportif ou autre ?	.....
11. Si oui, où et à quelle date ?	.....
12. Quelle fut la nature des lésions encourues à l'époque ?	.....
13. Quelles en ont été les suites ?	.....

Cachet du Médecin

Délivrée à ..... le .....20.....
Le Médecin,

* **Cette déclaration doit nous parvenir dans les 14 jours ouvrables après la date de l'accident.**

(Voir déclaration d'accident au verso)