

FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

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

Fédération francophone de Gymnastique et de Fitness asbl - Av. de Roodebeek 44 - B-1030 Bruxelles

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FEDERATION

Polices n° **A.C. 1.119.946**
R.C. 1.119.947

**FEDERATION FRANCOPHONE DE
GYMNASTIQUE ET DE FITNESS asbl**



Dénomination de votre club

N° de matricule

Nom et adresse du correspondant officiel

.....

Tel. n° / GSM E-mail

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom

Prénom

Adresse

.....

Date de naissance / / Profession

M F N° de licence

pratiquant officiel juge spectateur

Au moment de l'accident vous étiez :

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 que celles constatées actuellement ?

S'agit-il éventuellement d'une récurrence ?

Fait à

Signature et cachet du médecin

En date du / /