Déclaration / Attestation médicale

(À remettre au secrétaire du club)

À remplir par la victime

Date et heure de l'accident: ……. **Club: E.S. WANZE/BAS-OHA (1654)**

Nom, Prénom, date de naissance : …….

N° d'affiliation: ……..

Match ou entraînement : ……..

Assurance hospitalisation: Oui/Non (Biffer la mention inutile)

Description de l'accident : ……

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 demes données (arena@arena-nv.be).

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

Veuillez 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 récidive? 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……

RBFA Service "accidents" 02/477.12.69 – 02/477.12.63 – insurance@rbfa.be
Rue de Bruxelles 480, 1480 Tubize

** Cette déclaration doit nous parvenir dans les 21 jours calendrier après la date de l'accident au plus tard le 07-10-2023.