Déclaration / Attestation médicale
(À remettre au secrétaire du club)

Date et heure de l'accident: 23-08-2023 18:30 **Club:** R.F.C. MALMUNDARIA 1904

Nom: Janssen Sacha (15-04-2013)
N° d'affiliation: 1997932

Match ou entraînement: Entraînment

Assurance hospitalisation: Non

Déscription de l'accident:

Coup reçu par un autre joueur qui effectuait un tacle

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)

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.....