

Attestation médicale

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Docteur : _____

Rue : _____ N° : _____

Postal : _____ Localité : _____

Tél : _____ / _____

1. Nom, prénom du joueur accidenté

Club du joueur 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 récurrence ?

OUI/NON

4. Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un :

a) Kinésithérapeute ou physiothérapeute ? _____

OUI/NON

Combien de séances sont nécessaires ? _____

b) Spécialiste _____

OUI/NON

c) Radiologue _____

OUI/NON

5. La victime est-elle entièrement ou partiellement incapable de vaquer à ses occupations professionnelles ?

Totalement pendant : _____ jours.

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?

OUI/NON

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,

(Voir déclaration d'accident au verso)

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 (en majuscules)	RFC MALMUNDARIA - Matricule 188
Nom et prénoms du (de la) blessé(e) (en majuscules)	
N° d'affiliation URBSFA	N°
Sa date de naissance	____ / ____ / ____
Son adresse exacte	Rue : _____ N° : _____
	Postal : _____ Localité : _____
Le blessé est-il assujetti à AML ou à charge d'un assujetti ?	OUI/NON
Est-il en période de stage auprès de sa mutuelle ?	OUI/NON
Citez le nom et l'adresse de cette mutuelle	Nom : _____
	Adresse : Rue : _____ N° : _____
	Postal : _____ Localité : _____
Numéro d'affiliation du blessé auprès de sa mutuelle	_____ *Fournir une vignette
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	Nom : _____
	Adresse : Rue : _____ N° : _____
	Postal : _____ Localité : _____
Est-il assujetti à la Sécurité Sociale en qualité de joueur ?	OUI/NON
Date et heure de l'accident	____ / ____ / 20 ____ Heures
Sa qualité (joueur, arbitre, délégué, etc.)	
A) Au cours de quel match officiel ?	
Quelle division et quelle série ?	
Le club a-t-il perçu un droit d'entrée pour ce match ?	OUI/NON
B) Au cours de quel match amical? (Citez le numéro, la page de la Vie Sportive dans laquelle il a été annoncé)	
C) Au cours de quel entraînement	
Sur quel terrain	
Circonstances de l'accident	
Coup volontaire : Nom et 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 : N° de compte auquel l'indemnité peut éventuellement être versée	N° Compte : _____

(Voir l'attestation médicale de constat au verso)

Date : ____ / ____ / 20 ____

Le CQ
René CAILLET