

## FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veillez transmettre le formulaire à l'adresse suivante svp :

**F.R.O.T.T.B.F. – CHEMIN DU VICINAL 4a – 4190 FERRIERES**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET/OU VOTRE FEDERATION

Police n° **A.C. 1.121.109**

**FEDERATION ROYALE OUVRIERE DE TENNIS DE  
TABLE DE BELGIQUE FRANCOPHONE ASBL**



Dénomination de votre club .....

Nom et adresse du responsable du club .....

Tel. n° / GSM ..... E-mail .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Date de naissance   /   /    M  F  Profession .....

Membre du club depuis le   /   /    N° d'affiliation .....

Au moment de l'accident vous étiez :  pratiquant  officiel  arbitre  spectateur

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 de celles que vous avez constatées actuellement ?  
.....

S'agit-il éventuellement d'une récurrence ? .....

Fait à .....

*Signature et cachet du médecin*

En date du  /  /