

## FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

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

**FFBC - AVENUE H. LIMBOURG 26 - 1070 BRUXELLES**

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

Police n° : **A.C. 2.004.970**  
**R.C. 1.116.462**

**FEDERATION FRANCOPHONE BELGE**  
**DE CYCLOTOURISME asbl**



Dénomination de votre club .....FernelMountainbike ASBL.....

Nom et adresse du responsable du club .....Eric de Wasseige (Président), Place communale 23.....

.....5380 Fernelmont - Belgique.....

Tel. n° / GSM .....0498 581 009..... E-mail .....fernelmountainbike@gmail.com.....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

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

Membre du club depuis le  /  /  N° carte de membre fédérale .....

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  Match / Compétition officielle

Match / 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  /  /