

FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

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

Tél : 02/705 78 05

F.F.K.A.M.A. - RUE HENRI CHOME 59 / Bte 4 - 1030 BRUXELLES

Fax : 02/705 49 94

Délai de déclaration contractuel : endéans les 8 jours suivant l'accident

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FEDERATION

Police n° : **A.C. 1.114.560**
R.C. 1.114.561

**FEDERATION FRANCOPHONE DE KARATE ET
ARTS MARTIAUX AFFINITAIRES (F.F.K.A.M.A.)**



Dénomination de votre club N°

Nom et adresse du responsable du club

N° Tél / GSM E-mail

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom

Prénom

Adresse complète

Date de naissance / / M F Profession

N° de compte bancaire - - N° Tél / GSM

E-mail

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

N° licence fédérale

Date de validité / /

IMPORTANT ! Les déclarations qui ne mentionnent pas de numéro de licence valable, ni de date de validité, ne seront pas prises en considération et automatiquement renvoyées à la victime. Pour les licences 'en cours', veuillez joindre une copie de la demande ainsi qu'une preuve de paiement.

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

VERIFICATION PAR LA FEDERATION (à remplir par le secrétariat FFKAMA)

Je soussigné(e) agissant au nom de la **F.F.K.A.M.A.**,

en ma qualité de mandataire, certifie que la victime est titulaire de la susdite licence.

Déclaration recue le :

Fait à

en date du / / Signature :

FEDERATION : F.F.K.A.M.A.	NOUVELLE DECLARATION	DOSSIER EXISTANT Dossier N° :
CLUB :	N° :	

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 ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
➤ Y a-t-il une anamnèse ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
➤ La lésion peut-elle être due à ou être influencée par un processus progressif ou une prédisposition ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
➤ Remarques :	
6) Durée prévue du traitement	
7) La victime est-elle totalement ou partiellement incapable d'exercer ses activités normales ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
➤ Totalement pendant	jours.
➤ Partiellement pendant	jours.
8) Estimez-vous que l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste est indispensable ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 ?	

Signature et cachet du médecin

Fait à

En date du □ □ / □ □ / □ □ □ □