

FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veillez transmettre le formulaire à l'adresse suivante :

F.F.K.A.M.A. - RUE NANON 98 (4^{ième} étage/Bureau 1) - 5000 NAMUR / Tél.: 081/39 08 69

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FEDERATION

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

**FFKAMA - FEDERATION FRANCOPHONE DE
KARATE ET ARTS MARTIAUX AFFINITAIRES**



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

IBAN N° BIC N°

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 **FFKAMA asbl**, 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 : FFKAMA asbl	NOUVELLE DECLARATION	DOSSIER EXISTANT Dossier n° :
CLUB :		

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 / /