


FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

Veuillez 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** **FEDERATION FRANCOPHONE DE KARATE ET**
R.C. 1.114.561 **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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 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.
 Fait à Déclaration recue le :
 en date du / / Signature :

FEDERATION : **F.F.K.A.M.A.**

CLUB :N° :

NOUVELLE
DECLARATION

DOSSIER EXISTANT

Dossier 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 ? 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 / /