

## FORMULAIRE DE DECLARATION "ACCIDENTS CORPORELS"

**En cas d'accident corporel: remplir et signer la page 1 (recto/verso), faire remplir et signer la dernière page par le médecin traitant et envoyer immédiatement la déclaration à l'adresse suivante:**

**WANDELSPORT VLAANDEREN vzw - INDUSTRIELAAN 11 / Bus 3 - B-9990 MALDEGEM**  
Tel. 050/40 51 42 - Email: [verzekeringen@wandelsport.be](mailto:verzekeringen@wandelsport.be)

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

Police n° : A.C. 1.120.864

Dénomination de votre club et n° .....

Nom et adresse du correspondant officiel .....

Tel. n° / GSM ..... E-mail .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

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

Si la victime est mineure, nom et prénom des représentants légaux ( parents, tuteur ) .....

Nom du club et n° ..... Membre n° .....

Au moment de l'accident vous étiez :  pratiquant  aide bénévole / collaborateur  
 autre : .....

E-mail .....

IBAN N°                BIC N°

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date de l'accident   /   /     Jour ..... Heure .....

Lieu de l'accident .....

Club organisateur .....

Description de l'accident (causes, circonstances, suites)

Croquis (à ajouter s'il s'agit d'un accident de circulation)

Pendant quelle sorte d'activité l'accident a-t-il eu lieu ?  Lors d'une promenade du club  Vers/au retour d'une promenade du club  
 Lors d'une promenade en Belgique ou à l'étranger, sans aucun lien avec le club/la fédération  
 Pendant la participation à une activité organisée par le club  Sur le chemin aller/retour d'une activité du club  
 Entraînement  Autre : .....



FEDERATION : **WANDELSPORT VLAANDEREN vzw**  
CLUB : .....

NOUVELLE DECLARATION

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) Peut-on suggérer la présence d'un état pré-existant ?

.....

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 que celles constatées actuellement ?

.....

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

Fait à .....

*Signature et cachet du médecin*

En date du  /  /