

Veillez transmettre le formulaire endéans les 10 jours au secrétariat de votre fédération à l'adresse suivante :
FROS Multisport Vlaanderen vzw - HUIS VAN DE SPORT – BOOMGAARDSTRAAT 22 / Bus 35 – 2600 BERCHEM
T. 03 286 58 37 - F. 03 286 58 38 - leden@fros.be - www.fros.be

VICTIME

Nom: Prénom :

Rue: Nr: Code Postale: Commune:

Tel travail/privé/gsm: E-mail:

Pour les personnes mineures: nom père/mère/tuteur:

Date de naissance / / Sexe: H F Profession:.....

Compte bancaire **BE** Au nom de :

Membre FROS MULTISPORT VLAANDEREN Oui → n° d'affiliation (voir carte d'affilié):..... Non

CLUB

Nom du Club: Club n°: Sport:

Nom et Prénom responsable du club :

Rue: Nr: Code Postale: Commune:

Tel travail/privé/gsm: E-mail:

Fonction au sein du club: Signature:

ACCIDENT

Date de l'accident / / Jour Heure

Adresse de l'accident: Code Postale: Commune:

Lieu / localisation de l'accident

L'accident a eu lieu : pendant une activité organisée par le club → entraînement/compétition/autre:

sur le chemin de l'activité → entraînement/compétition/autre:

pendant un entraînement individuel

En cas d'accident de la circulation → qualité de la victime: conducteur d'un véhicule motorisé
 usager faible

Proces-verbal: Oui Non .. PV-numéro: Date: Autorité verbalisante:

Description de l'accident (causes, circonstances et suites, blessures et/ou dégâts subis):

.....

.....

RESPONSABILITE

Eventuelle responsabilité d'un tiers → Nom et Adresse:.....

.....

Si connaissance du tiers → Société d'assurance et n° de police (RC):

FROS tient des statistiques des blessures dans le cadre du Décret Santé en Ethique sportives du 20/12/2013. Chaque personne, dont les données font l'objet d'un encodage, peut personnellement les consulter, les modifier si c'est justifié, ou les supprimer. Dans ce cas, il suffit d'envoyer une lettre ou un email avec une copie de la carte d'identité aux coordonnées reprises dans l'en-tête.

Je NE donne PAS mon autorisation à ce que FROS conserve mes données pour ces statistiques.

J'autorise que mon médecin communique les informations utiles à la pleine gestion de mon dossier (art. 7, loi 08.12.92)

Fait à le / / Signature de la victime

CERTIFICAT MEDICAL

Docteur	Victime
	Date d'accident:/...../.....

Date du premier examen médical :/...../.....

TYPE DE LESIONS

PARTIE DU CORPS

! En cas de blessures multiples, vous pouvez indiquer un numéro après les parties du corps et les blessures.

<input type="checkbox"/> Fatigue musculaire <input type="checkbox"/> Fatigue du tendon <input type="checkbox"/> Déchirure musculaire (rupture) <input type="checkbox"/> Déchirure du tendon (rupture) <input type="checkbox"/> Kneuzing (contusion) <input type="checkbox"/> Entorse [dis(torsion)] <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Ontwrichting (luxation) <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Abrasion <input type="checkbox"/> Coupure <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale sans syncope <input type="checkbox"/> Commotion cérébrale avec syncope <input type="checkbox"/> Blessure dent <u>Autre/complément</u>	<u>Tête et visage</u> <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Yeux G / D <input type="checkbox"/> Oreilles G / D <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Bouche <u>Nuque et Torse</u> <input type="checkbox"/> Cou/Nuque G / D <input type="checkbox"/> Poitrine/Ventre G / D <input type="checkbox"/> Dos G / D <input type="checkbox"/> Partie génitale G / D <u>Membres supérieurs</u> <input type="checkbox"/> Coude G / D <input type="checkbox"/> Avant bras G / D <input type="checkbox"/> Epaule G / D <input type="checkbox"/> Bras G / D <input type="checkbox"/> Poignet G / D <input type="checkbox"/> Main G / D <input type="checkbox"/> Doigts G / D	<u>Membres inférieurs</u> <input type="checkbox"/> Hanche G / D <input type="checkbox"/> Aine G / D <input type="checkbox"/> Cuisse G / D <input type="checkbox"/> Genou G / D <input type="checkbox"/> Mollet G / D <input type="checkbox"/> Cheville G / D <input type="checkbox"/> Talon G / D <input type="checkbox"/> Pied G / D <input type="checkbox"/> Orteilles G / D <u>Autre/complément</u>
---	--	---

QUESTIONNAIRES

- 1) Pensez-vous que les lésions constatées peuvent être dues à l'accident ?
 Oui Non
- 2) La victime a-t-elle déjà subie ce type de lésions par le passé?
 Non
 Oui. La victime n'était pas complètement rétablie. (rechute)
 Oui. La victime était complètement rétablie. (récidive)
- 3) Une intervention chirurgicale est-elle à prévoir ? Oui Non
- 4) Prévion de la durée du traitement:
 nihil
 1 à 14 jours
 15 à 30 jours
 1 à 2 mois
 Plus de 2 mois
- 5) Prévion d'une guérison totale? Oui Non Indéterminée
- 6) Dans combien de temps la reprise du sport à 100% par la victime peut-elle être supposée ?
 Immédiatement
 1 à 14 jours
 15 jours à 2 mois
 Plus de 2 mois
 Indéterminée

Signature Docteur: