



## Attestation médicale

N°:

Date de l'accident: \_\_\_\_\_ Club: \_\_\_\_\_  
N° d'affiliation: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_  
Description de l'accident: \_\_\_\_\_

### À remplir par la victime

En vue d'une gestion efficace de mon dossier, et uniquement à cet effet, je donne autorisation au traitement des données médicales me concernant relatives à l'accident dont j'ai été victime, comme décrit dans la "Déclaration de confidentialité" qui peut être consultée sur [www.arena-nv.be/CONFIDENTIALITE.pdf](http://www.arena-nv.be/CONFIDENTIALITE.pdf). Conformément à la loi RGDP, j'ai le droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement de mes données ([arena@arena-nv.be](mailto:arena@arena-nv.be)).

Signature victime ou  
les parents/tuteur légal  
(pour les enfants de moins  
de 13 ans)

Veillez apposer une vignette 'mutuelle' du  
blessé s.v.p.

### À remplir par le médecin traitant

1. Date du 1er examen médical ..... / ..... /20.....
2. Quels sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ?  
.....  
.....

3. Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un kinésithérapeute ou physiothérapeute ? OUI / NON  
Combien de séances sont nécessaires ?

**Si des séances supplémentaires devaient s'avérer nécessaires plus tard, le joueur ou le club doit nous transmettre une copie de la prescription médicale AVANT que chaque nouvelle série débute.**

4. S'agit-il d'une récurrence? OUI / NON
5. Y-a-t-il concours d'un état antérieur ? OUI / NON  
(infirmité, maladies ou la victime était-elle estropiée ?)
6. Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident  
relaté sur la déclaration d'accident? OUI / NON
7. Conséquence de l'accident:  
Incapacité Totale de Travail OUI / NON pendant .....jours  
Incapacité Partielle de Travail OUI / NON pendant .....jours  
Incapacité Sportive OUI / NON pendant .....jours
8. L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente ? OUI / NON
9. Peut-on espérer le rétablissement complet ? OUI / NON
10. Vos constatations ne comportent-elles aucune réserve ou constatation spéciale ? Si oui,  
lesquelles?  
.....  
.....

Le médecin Délivrée à ..... Le ..... / ..... /20.....