

Attestation médicale*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

1. Nom, prénom et club du joueur accidenté

.....

1.5 Date de l'accident/...../20.....

2. Date du 1^{er} examen médical/...../20..... heures

3. Quelles sont la nature et la gravité des blessures ou des lésions ?

.....

S'agit-il d'une récurrence ? OUI / NON

Y-a-t-il concours d'un état antérieur (infirmité,
maladies ou la victime était-elle estropiée ? OUI / NON

3.5 Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté sur la déclaration
d'accident au verso OUI / NON

4. Estimez-vous nécessaire l'intervention d'un :

a) 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.

b) spécialiste OUI / NON

c) radiologue OUI / NON

5. 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

6. L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente OUI / NON

7. Peut-on espérer le rétablissement complet OUI / NON

8. Vos constatations ne comportent-elles aucune
réserve ou constatation spéciale ? Si oui, lesquelles ?

.....

Cachet du Médecin

Délivrée à.....le20

Le Médecin,

* **Cette déclaration doit nous parvenir dans les 21 jours calendrier après la date de l'accident.**

(Voir déclaration d'accident au verso)