

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)