



lifras

Secrétariat LIFRAS
Rue Jules Broeren, 38
1070 BRUXELLES
Tél. 02.521.70.21
Fax 02.522.30.72

Rue des Deux Eglises, 14
1000 BRUXELLES
Tél. +32 (0)2 512 03 04
Fax +32 (0)2 512 70 94



arena

DÉCLARATION D'ACCIDENT

Accident mortel : endéans les 48 heures au secrétariat LIFRAS et à ARENA

Autres accidents : endéans les 15 jours au secrétariat LIFRAS

Identité de la victime

Nom et prénoms

Adresse complète

Téléphone Sexe : M/F* – Date de naissance

Profession Ouvrier/Employé/Indépendant/Secteur public*

Nom et adresse de l'employeur

.....

Mutuelle : – Assuré obligatoire Oui/Non*

 – Indépendant petits risques Oui/Non*

 – Indépendant gros risques Oui/Non*

 – Autres

Brevet* : NB/1★/2★/3★/4★/AM/MC/MF/MN – Numéro du registre des brevets :

Date de la dernière visite médicale

N° de compte

Nom du club

Nom a.s.b.l. Oui/Non*

Siège social

Adresse du secrétariat

Identité des accompagnants

1	Nom et prénoms..... Sexe : M/F*
	Adresse
	Tél. Brevet* :..... Numéro du registre des brevets :
	Chef de palanquée/Serre-file/Accompagnant*
2	Nom et prénoms Sexe : M/F*
	Adresse
	Tél. Brevet* :..... Numéro du registre des brevets :
	Chef de palanquée/Serre-file/Accompagnant*
3	Nom et prénoms..... Sexe : M/F*
	Adresse
	Tél. Brevet* :..... Numéro du registre des brevets :
	Chef de palanquée/Serre-file/Accompagnant*

Identité des témoins

1	Nom et prénoms..... Tél.
	Adresse
2	Nom et prénoms Tél.....
	Adresse.....

*Biffer les mentions inutiles

Accident corporel causé par des tiers

Si la responsabilité d'une tierce personne est engagée, donner ses nom et prénoms, ainsi que le nom d'une compagnie d'assurance auprès de laquelle elle est assurée :

.....
.....
.....

CAS DE RESPONSABILITÉ CIVILE

La rubrique ci-dessous ne doit être remplie en complément de la page 1 qu'en cas de dommages matériels et/ou physiques causés à des tiers.

Dommages

Description et estimation des dommages matériels

.....
.....
.....
.....

Description des dommages corporels

.....
.....
.....
.....

Responsabilités

Qui est responsable de l'accident?

Pourquoi?

.....
.....

Procès-verbal

Un procès-verbal a-t-il été dressé? Oui/Non*

Par quelle autorité?

.....

SIGNATURES

Signature du secrétaire,

Signature de la victime,

Signatures des témoins
et/ou accompagnants,

CERTIFICAT MÉDICAL

Médecin traitant

Nom et prénoms
Adresse.....
Tél.

Généralités

Nom, prénom et club de l'accidenté
.....
Quand avez-vous été appelé auprès de la victime? Date..... Heure
Remarques

Nature des lésions

Nature et gravité des lésions
.....
.....
.....

La victime était-elle, antérieurement à l'accident, estropiée, mutilée ou atteinte d'une infirmité ou maladie ? Oui/Non*

La victime a-t-elle déjà été victime d'un accident de plongée ? Oui/Non*
Si OUI, à quelle date ?
qu'elle fut la nature de la lésion
s'agit-il d'une récurrence Oui/Non*.....

Conclusions

La victime est-elle totalement ou partiellement incapable de vaquer à ses occupations professionnelles ?
Oui/Non*
Si OUI : Totalement pendant.....
Partiellement pendant %

Estimez-vous l'intervention d'un radiologue ou d'un spécialiste indispensable? Oui/Non*
.....
.....

L'accident provoquera-t-il une invalidité permanente Oui/Non*
Si OUI,.....
.....

Cachet du médecin,

Délivré le
à
Signature,

