



**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<sup>er</sup> 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, OUI / NON

maladies ou la victime était-elle estropiée ?

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 de-  
vaient s'avérer nécessaires plus tard,  
le joueur ou le club doit nous  
transmettre une copie de la pre-  
scription 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.....le .....20 .....

Le Médecin,

\* Cette déclaration doit nous parvenir dans les 21 jours calendrier après la date de l'accident.  
(Voir déclaration d'accident au verso)