

déclaration d'accident scolaire  
FORMULAIRE SIMPLIFIÉ

**1 IDENTITÉ DE LA VICTIME** (en caractères d'imprimerie, s.v.p.)

Nom : \_\_\_\_\_ M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles), Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_ Section : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Nom du représentant légal : \_\_\_\_\_ M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles), Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille Prénom : \_\_\_\_\_

N° de compte : \_\_\_\_\_

**2 DATE ET LIEU DE L'ACCIDENT**

Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

À l'école :  Pendant les cours théoriques  Au cours d'éducation physique  À l'internat  
 Pendant les cours pratiques  En récréation, à la plaine de jeux  En colonie

À l'extérieur de l'école :  Sur le chemin de l'école  En excursion

Endroit précis : \_\_\_\_\_

Moyen de locomotion utilisé : \_\_\_\_\_

**3 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT** (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4 COMPLÉTER CETTE CASE SI UNE AUTRE PARTIE EST IMPLIQUÉE DANS L'ACCIDENT**

• L'accident est-il dû à une faute d'un assuré ?  Oui  Non

• L'accident est-il dû à une faute d'un tiers étranger à l'établissement scolaire ?  Oui  Non

Si oui, identité complète de celui-ci :

Nom : \_\_\_\_\_ M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles), Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

**5 TÉMOIN**

Nom : \_\_\_\_\_ M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles), Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° registre national : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature, \_\_\_\_\_

## A. Certificat médical vierge



Nom, prénom et adresse victime:

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

DOSSIER – N° :

Accident du :

### CERTIFICAT MEDICAL A FAIRE COMPLETER

1. Nom, prénom (en CARACTERE D'IMPRIMERIE, s.v.p.) et adresse du médecin traitant	..... ..... .....
2. Date du 1er examen médical	le .. / .. / ..
3. Lésions (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes).	..... ..... .....
4. Où la victime est-elle soignée?	.....
5. La victime peut-elle se déplacer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Durée probable du traitement	.....
7. Conséquences probables de l'accident	..... .....
8. Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies)? Si oui, lequel?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> .....
9. A) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Si oui, laquelle, et par qui a-t-elle été pratiquée?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ..... .....
B) Une radio de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
C) Désirez-vous l'intervention d'un autre spécialiste?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10. Observations:	..... .....

Fait à ..... le .. / .. / ..

Signature

## B. Document à renvoyer à Ethias



Nom, prénom et adresse victime:

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

DOSSIER – N° :

Accident du :

**DOCUMENT A COMPLETER ET A SIGNER PAR LA VICTIME OU SES PARENTS**

### IMPORTANT

Nous vous remercions de bien vouloir compléter le cadre ci-dessous ou d'y apposer une vignette de la mutualité et de signer la demande d'autorisation relative aux données médicales.

Nom et prénom du titulaire : .....  
Organisme assureur : .....  
Numéro d'inscription : .....

Attention: La loi du 09 août 1963 fait une obligation à tous d'être affiliés à une mutualité. Si ce n'est pas votre cas, nous vous prions de nous faire connaître ci-après les raisons précises:

.....  
.....

Par la présente le soussigné donne autorisation au traitement des données médicales le concernant (ou concernant son enfant) relatives à l'accident dont il a été victime.

Signature,

Afin de vous éviter des frais bancaires relatifs aux chèques, nous vous remercions de nous communiquer votre numéro de compte

BE     -        -

Ethias rassemble les données à caractère personnel visées dans la présente formule aux fins de gestion de sinistre. Ces données pourront faire l'objet d'un traitement par elle ou par NRB, Parc des Hauts-Sarts à 4040 Herstal.

Les personnes concernées ont accès aux données et peuvent en obtenir la rectification éventuelle conformément à la loi du 08 décembre 1992 et à ses arrêtés d'application. Tout renseignement complémentaire peut être obtenu auprès de la Commission de la protection de la vie privée. (n° d'identification 524.689)