

D Certificat médical initial

(A faire remplir par le premier médecin qui a examiné le blessé ou à défaut, joindre copie du certificat médical descriptif déjà délivré)

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné le blessé, le (date)..... j'ai constaté :

- Siège et nature de la blessure.....
- Conséquences probables de l'accident :
 - les blessures entraînent-elles une capacité de travail (ou une interruption de l'activité) oui () non ()
 - Si oui, durée probable de la période d'incapacité ou d'interruption
 - Durée probable des soins
 - Durée d'hospitalisation prévue
 - Probabilité d'une incapacité permanente oui () non ()

Nom et adresse du médecin
(si possible cachet)

A....., le.....

Signature

E Autres dommages subis par l'assuré (matériels)

.....

F Tiers (ou responsable de l'accident)

Auteur () Victime ()
 Nom..... Prénom..... Profession.....
 Adresse.....
 + N° licence FVRC.....
 Assureur : Compagnie..... Police n°..... Agence.....
 Propriétaire ou conducteur d'un véhicule à moteur ()
 Marque..... Type..... Immatriculation.....
 Cycliste () Piéton () Propriétaire d'animal () Lequel ?.....
 Autre cas () Lequel ?.....

G Dommages éventuels subis par le tiers

* Dommages matériels

* Dommages corporels

.....

H Autres particularités (ou suite des circonstances de l'accident)

Nom et adresse du club concerné par l'accident.....

A..... le.....

Qualité du signataire
Signature

Président, personne habilitée ou responsable de clubs affiliés