

**déclaration d'accident**  
**ASSURANCE ACCIDENTS SCOLAIRES**



Dossier N° : \_\_\_\_\_

[A] à compléter par le déclarant

**(1) IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE**

N° de contrat : 4.5.0.3.8.6.8.1      Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Références : \_\_\_\_\_

Dénomination complète de l'établissement : \_\_\_\_\_

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

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

**ECOLE EN COULEURS**  
A.S.B.L.  
37, rue Rodenbach  
1130 BRUXELLES  
Tel. 843.86.44

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

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

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

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

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

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

Identité du représentant légal (parent, tuteur,...)

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

Numéro de compte : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Si la victime n'est pas un élève, sa fonction : \_\_\_\_\_

**(3) 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 : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En cas d'accident de roulage, veuillez également compléter le cadre 5.

1) Nom et prénom du médecin traitant : \_\_\_\_\_  
(en caractères d'imprimerie s.v.p.)  
 Adresse du médecin traitant : \_\_\_\_\_

2) Nom et prénom de la victime : \_\_\_\_\_  
 Adresse de la victime : \_\_\_\_\_

3) Date de l'accident : \_\_\_\_\_

4) Date et heure du premier examen médical : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

5) Lésions : \_\_\_\_\_  
(indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6) Où la victime est-elle soignée ? \_\_\_\_\_

7) La victime peut-elle se déplacer ?  Oui  Non

8) Durée probable du traitement : \_\_\_\_\_

9) Conséquences probables de l'accident : \_\_\_\_\_

10) Estimez-vous que la lésion constatée peut avoir eu pour cause l'accident relaté à la rubrique 5 ?  Oui  Non

11) Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ?  Oui  Non  
 Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

12) A. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ?  Oui  Non  
 Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Dans quel établissement et par quel chirurgien ? \_\_\_\_\_

B. Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ?  Oui  Non  
 Par quel radiologue ? \_\_\_\_\_

C. Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ?  Oui  Non

13) Observations : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fait à

le

Signature,