

Veuillez transmettre le formulaire, **endéans les 15 jours**, au secrétariat de votre fédération à l'adresse suivante :  
L E W B asbl - Rue de la Pichelotte, 11 - B-5340 GESVES - Tél. : 083/23 40 72

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CLUB ET / OU VOTRE FÉDÉRATION**

Police n° **A.C. 1.116.400** **LIGUE ÉQUESTRE WALLONIE BRUXELLES**  
**R.C. 1.116.401** **asbl**



Dénomination de votre club \_\_\_\_\_

Activité pratiquée \_\_\_\_\_

Nom et adresse du responsable du club \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° Licence responsable \_\_\_\_\_

Tel. n° / GSM \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Boite \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ M  F

Au moment de l'accident vous étiez :  Pratiquant  Officiel  Spectateur  Enseignant

N° de compte bancaire \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT**

Date de l'accident \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de l'accident \_\_\_\_\_

Pendant quelle sorte d'activité l'accident a-t-il eu lieu ?  Entraînement  Compétition officielle  Autre

Pendant la participation à une activité organisée par le club  Sur le chemin aller/retour d'une activité du club

Moyen de transport utilisé : \_\_\_\_\_

Description de l'accident (causes, circonstances, suites)

Croquis (à ajouter s'il s'agit d'un accident de circulation)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**En ce qui concerne les lésions corporelles, veuillez faire remplir le certificat médical ci-joint par votre médecin.**



