



3.11 Mesures de prévention prises ou à prendre pour éviter à l'avenir un accident similaire

Case réservée à l'administration

3.12 Nom et adresse de la personne avertie en premier lieu

Est-ce que cette personne était témoin oculaire ?

 non oui4.01  Pas de lésion, seulement dégât au véhicule automoteur -> Prière de passer aux rubriques 5.01 à 5.05.

4.02 En cas de lésion, prière d'indiquer la nature de la lésion

 Plaies et blessures superficielles (y compris contusions) Fractures osseuses Luxations, entorses et foulures Commotions et traumatismes internes Brûlures et gelures Effets du bruit, des vibrations et de la pression Effets des extrêmes de température, de la lumière ou des radiations Choc (sans blessure physique directe) Lésions multiples Autre(s) lésion(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: Nature inconnue

4.03 Prière d'indiquer la localisation de la lésion

 TêteOeil (Yeux)  gauche  droit Cou Dos Thorax Ventre, bassin Ensemble du corps et endroits multiples

Épaule(s):

 gauche droite

Bras, y compris coude(s):

 gauche droit

Main(s):

 gauche droite

Jambe(s), y compris genou(x):

 gauche droite

Pied(s):

 gauche droit Autre(s) partie(s) du corps blessée(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: Localisation inconnue

4.04 Nom, prénom et adresse du médecin traitant :

4.06 Le cas échéant indiquer l'établissement hospitalier visité:

4.05 Code-médecin (si connu) :

       

4.07 Conséquences de l'accident

 Décès La victime n'a pas interrompu la fréquentation de l'établissement ou de l'activité La victime a interrompu la fréquentation de l'établissement ou de l'activité lejour / mois / année - heure : minute  
 /  /  - h:  min 

4.08 Reprise de la fréquentation de l'établissement ou de l'activité

**Compléter cette rubrique au plus tôt après le huitième jour suivant la date de l'accident** La victime n'a pas (re)commencé à fréquenter l'établissement ou l'activité La victime a recommencé à fréquenter l'établissement ou l'activité lejour / mois / année  
 /  / 

5.01 Nom et prénom du signataire

5.04 Lieu, date

jour/mois/année

, le  /  / 

5.02 Fonction du signataire

5.05 Signature du bourgmestre, du directeur de l'établissement ou de leur délégué, de l'organisateur de l'activité périscolaire, du responsable de gestion de l'organisme d'accueil agréé par l'Etat ou le cas échéant du Service national de la sécurité dans la fonction publique. Cachet.

5.03 Numéro de téléphone / télécopie :