



Association d'assurance accident - adresse postale : L-2976 Luxembourg
DÉCLARATION D'ACCIDENT SURVENU DANS LE CADRE DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE OU LORS D'UNE ACTIVITÉ PÉRISCOLAIRE

Form with sections: ETABLISSEMENT (1.01-1.03), VICTIME (2.01-2.06), ACCIDENT (3.01-3.10). Includes fields for establishment name, victim details, accident date, location, and description.

Le formulaire doit être rempli par ordinateur ou s'il est rempli à la main à l'encre noire en caractères d'imprimerie

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

oui

4.01 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

Tête

Oeil (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 le

jour / 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 le

jour / mois / année
 / /

5.01 Nom et prénom du signataire

5.02 Fonction du signataire

5.03 Numéro de téléphone / télécopie :

5.04 Lieu, date

jour/mois/année

, le / /

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.