|  |  |
| --- | --- |
| **P&V_WORD** | **Déclaration ACCIDENT SCOLAIRE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro de police**  |       |
| **Date et heure accident** |       **à**       |

Le formulaire peut être envoyé à : **claims-NS@pv.be**.

|  |
| --- |
| **Institution** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’institution :**       | **Référence de l’institution :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte :**       |
| **Code postal:**       | **Localité :**       |
| **Tél.**       |
| **E-mail :**       |
| **E-mail direction :**       |
| **Numéro de compte IBAN de l’institution :**       |
| **Informer mon AMI :** Choose an item.  |

 |

|  |
| --- |
| **Victime** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte :**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |
|  |  |
| **Date de naissance :**       |  |
| **Classe :**       | **Option :**       |
| **E-mail parents/victime :** |       |
| **GSM/Tél. parents/victime :**  |       |
| **Nom et prénom du père, à défaut, de la mère ou du tuteur :** |       |
| **Profession :** |       |
| **Numéro de compte bancaire IBAN :** |       |
| **Si la victime n’est pas un élève, sa fonction :** |       |

 |

|  |
| --- |
| **Tiers impliqués** |
| **Y a-t-il un tiers ne faisant pas partie de l’école et étant impliqué dans l’accident?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boite :**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |
|  |  |
| **Compagnie d’assurance du tiers :**       |
| **Numéro de police :**       |

 |

|  |
| --- |
| **Lieu de l’accident**  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **A l’école :**  | **En dehors de l’école :**  |
| **Lieu précis :**  |       |
| **Moyen de transport utilisé :**  |       |

 |

|  |
| --- |
| **Description de l’accident**  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Causes, circonstances et conséquences, blessures et/ou dommages occasionnés :**

|  |
| --- |
|       |

 |  |
|  |  |

 |

|  |
| --- |
| **Témoins**  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte :**       |
| **Code postal:**       | **Localité :**       |

**S’il n’y a pas eu de témoins, nom et adresse des témoins de l’état du blessé et des plaintes après l’accident:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte :**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |

**A défaut de témoins, quand et par qui avez-vous été informé de l’accident?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte :**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |

 |

|  |
| --- |
| **Surveillance**  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Y a-t-il eu une surveillance ?**  | **Oui  Non**  |
| **Si oui, par qui ?**  |       |
| **Combien de personnes étaient chargées de la surveillance ?**  |       |
| **Auprès de combien d’élèves y a-t-il eu lieu d’assurer cette surveillance?**  |       |

 |

|  |
| --- |
| **Responsabilité**  |
| **L’accident est-il dû à la responsabilité d’un assuré ou de personnes non liées à l’école ? Oui  Non** **Si oui, veuillez indiquer l’identité complète :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte :**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **L’accident est-il dû à une installation défaillante?**  | **Oui  Non**  |
| **Si oui, merci de préciser :**      |

 |

|  |
| --- |
| **Procès-verbal**  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Un procès-verbal a-t-il été rédigé ?** | **Oui  Non**  |
| **Si oui, par qui ?**  |       |
| **Date du PV :**  |       |
| **Numéro du PV :**  |       |

 |

|  |
| --- |
| **Médecin traitant**  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |
| **Rue :**       | **Numéro :**       | **Boîte :**       |
| **Code postal :**       | **Localité :**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **La victime a-t-elle interrompu sa scolarité?** | **Oui  Non**  |
| **Si oui, à partir de quelle date?**  |       |

 |

N'oubliez pas de remplir le **certificat médical**. Vous pouvez le trouverez sur notre site web.

|  |
| --- |
| **Remarques**  |
|

|  |
| --- |
|       |

 |

|  |
| --- |
| **Privacy notice.** En qualité de responsable du traitement, nous mettons tout en œuvre pour traiter vos données à caractère personnel de manière sûre et intègre, et cela en conformité avec la réglementation en vigueur en matière de vie privée. Vous pouvez obtenir tous les détails relatifs à notre politique Vie Privée sur notre site « <https://www.pv.be/fr/vie-privee> » |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etabli à**  |       |
| **Date** |       |

Nom et signature du représentant de l’école

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Prénom :**       |

|  |
| --- |
|       |