



**DOCUMENT A RENVoyer A.**  
**ETHIAS , rue des Croisiers 24-4000 LIEGE**  
**N° contrat : Police assurance commissaires 45.111.786**

**AMICALE DES COMMISSAIRES DU CIRCUIT DE SPA FRANCORCHAMPS**  
**Rue Nicolas l'Homme 5- 4480 ENGIS**

***RAPPORT ACCIDENT corporel commissaire***

**EPREUVE : ..... Date : ..... Heure : .....**

**ORGANISATEUR : .....**

**ASSURANCE ET N° DE POLICE.....AUTORISATION RACB OUI-NON**

**Non-prénom du commissaire : .....**

**Adresse : .....code postal.....**

**Ville ..... tel..... GS.....**

**Mail : .....**

**Témoins : .....adresse : .....**

**Circonstances de l'accident: .....**  
.....  
.....  
.....

***RESERVE AUX MEDECINS***

**Lésions constatées sur place : .....**  
.....

**RX demandée(s) détails : .....**

**Envoyé à l'hôpital : oui-non. MALMEDY, AUTRE.....**

**Autres : .....**

**Suivi conseillé : .....**

**Incapacité, du.....au.....**

**Non du médecin : ..... date .....Signature : .....**

**CACHET DU MEDECIN**



***Toujours faire une photocopie a garder chez vous !!!!!!!!!!!***