



CERTIFICAT MEDICAL

Accidents de travail

Numéro du contrat : Numéro du sinistre :

(1) Nom, prénoms, qualité, adresse.

Je soussigné ⁽¹⁾

(2) Nom, prénoms, adresse de la victime.

ayant examiné ⁽²⁾

après l'accident qui lui est survenu le
au service de :

(3) indiquer : le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.).

déclare :

1. que l'accident a produit les lésions suivantes ⁽³⁾ :
.....
.....
.....

(4) Indiquer si des RX ou d'autres examens spécialisés ont été réalisés ou prescrits.

2. que les examens suivants ou RX ont été réalisés ou prescrits ⁽⁴⁾ :
.....
.....

(5) Indiquer : les suites certaines ou présumées des lésions constatées : mort, incapacité permanente, totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire.

3. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence ⁽⁵⁾ :
.....
.....

(6) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances.

4. que l'incapacité a commencé (commencera) le ⁽⁶⁾ :
.....

(7) Indiquer : le lieu où la victime est soignée.

5. que le blessé est soigné ⁽⁷⁾ :
ambulant
à ma consultation
hospitalisé (nom et adresse de l'organisme hospitalier)

Fait à le

Le médecin, (signature)