

# Certificat médical

## Référence de police

---

Réf. police .....  
Employeur .....

## Premier examen

---

Date ..... / ..... / ..... Heure .....

Lieu .....

## Le médecin soussigné

---

Nom et prénom .....  
Qualité .....

Rue .....	N° .....	Boîte .....
Code postal .....	Commune .....	Pays .....

## Ayant examiné la victime

---

Nom et prénom .....  
Rue .....

Code postal .....	Commune .....	Pays .....
-------------------	---------------	------------

APRES L'ACCIDENT QUI LUI EST SURVENU LE ..... / ..... / .....

## Il déclare que

---

### 1. l'accident a produit les lésions suivantes:

*(Veuillez indiquer le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fracture du bras, contusion à la tête ou aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc..))*

.....  
.....

### 2. ces lésions ont eu (auront) pour conséquence:

*(Veuillez indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées: décès, incapacité permanente totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire.)*

.....  
.....

### 3. l'incapacité a commencé (commencera) le:

*(Veuillez constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances.)*

.....  
.....

- Que la victime est en incapacité totale de travail du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
- Que la victime peut continuer à exercer sa fonction actuelle.
- Qu'un travail adapté est possible. Limitations de la victime: .....

.....  
.....

**4. le blessé est soigné:**

*(Veuillez indiquer le lieu où la victime est soignée.)*

.....  
.....

**5. Remarques particulières:**

.....  
.....

Fait à ....., le .....

Le médecin (signature)