

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 N° Boîte

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)