

# CERTIFICAT MEDICAL

## CERTIFICAT MEDICAL

Numéro du contrat

Numéro du contrat :

<sup>(1)</sup> Nom, prénoms, qualité, adresse.

Je soussigné <sup>(1)</sup>

<sup>(2)</sup> Nom, prénoms, adresse de la victime.

ayant examiné <sup>(2)</sup>

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

déclare :

<sup>(3)</sup> 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.).

1. que l'accident a produit les lésions suivantes <sup>(3)</sup> :

<sup>(4)</sup> 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 <sup>(4)</sup> :

<sup>(5)</sup> 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 <sup>(5)</sup> :

<sup>(6)</sup> 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 <sup>(6)</sup> :

<sup>(7)</sup> Indiquer : le lieu où la victime est soignée.

5. que le blessé est soigné <sup>(7)</sup> :

ambulant

à ma consultation

hospitalisé (nom et adresse de l'organisme hospitalier)

Fait à

le

Le médecin, {signature}