

A remplir par votre médecin

CERTIFICAT MEDICAL

Le soussigné, docteur en médecine,

Nom :

Adresse :

déclare que :

Nom et prénom :

Adresse :

a été victime d'un accident le (date)/...../..... à (lieu)

.....

Conséquences de l'accident

▪ Première consultation en rapport avec l'accident (date et heure) :

▪ Description de la nature des blessures :

.....
.....
.....

▪ La victime a-t-elle été hospitalisée oui non

Si oui, du/...../..... au/...../..... inclus

▪ La victime est encore en traitement

guérie depuis le/...../.....

▪ La victime est-elle temporairement incapable d'exercer ses tâches quotidiennes (travail, études, tâches ménagères, ...) ? oui non

Si oui, périodes et pourcentages d'incapacité :

du/...../..... au/...../..... inclus à %

du/...../..... au/...../..... inclus à %

du/...../..... au/...../..... inclus à %

du/...../..... au/...../..... inclus à %

▪ Le rétablissement complet de la victime est-il prévu ? oui non

Si oui, le (date)/...../.....

• Sinon, quelle est l'évolution de l'incapacité permanente ? %

▪ Informations complémentaires :

.....
.....

Fait le (date)/...../.....

à

Signature et cachet du médecin