



Certificat médical

EMPLOYEUR:

SINISTRE N°:

POLICE D'ASSURANCE N°:

(1) Nom, prénoms, qualité, adresse

Je soussigné (1)

(2) Nom, prénoms, adresse de la victime

Ayant examiné le à h

(2)

après l'accident qui lui est survenu le

déclare:

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

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

.....

.....

.....

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

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquences (4):

- ☐ Décès
- ☐ **Incapacité permanente** totale ou partielle
- ☐ **Incapacité temporaire** totale ou partielle

Durée présumée de l'incapacité temporaire totale ou partielle:

.....

(5) Le médecin a pour mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toute autre circonstance.

3. que l'incapacité a commencé (commencera) le (5):

.....

☐ que la victime est en **incapacité totale** de travail du au☐ que la victime peut continuer à exercer sa **fonction actuelle**☐ **qu'un emploi adapté est possible**. Limitations de la victime:

.....

.....

.....

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

4. que le blessé est soigné (6):

.....

.....

Fait à, le

Le médecin,
(signature)

.....