

CERTIFICAT MEDICAL (à compléter par le médecin traitant)

Du Docteur domicilié à

Sur l'état de(victime), blessé le

1. Nature des lésions.
 Description détaillée des lésions (et évolution) depuis l'accident.

2. La victime était-elle atteinte de lésions ou de maladies qui ont aggravé les suites de l'accident? Oui Non

Lesquelles?

3. a) Y a-t-il eu consultation d'un spécialiste? Oui Non Lequel?/...../.....

b) La victime est-elle hospitalisée Oui Non Depuis quand?/...../.....

4. Indiquer si la victime est

est en incapacité complète de travail
 autorisée à continuer le travail
 autorisée partiellement à continuer le travail.

Quand l'incapacité de travailler a commencé?/...../.....

La durée probable de cette incapacité (le plus précis possible) ?

Des suites graves sont-elles à craindre? P.ex. La mort ou une incapacité permanente,...)? Oui Non

En quoi consisteraient-elles?

5. Quand a-t-on fait appel pour la première fois à l'intervention d'un médecin?/...../.....

Lequel?

Fait à

Le/...../.....

Signature du médecin (cachet)