

**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 ..... %

▪ 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