



CERTIFICAT MEDICAL

À compléter par votre médecin

Numéro de dossier :

Accident du :

Je soussigné, docteur en médecine, déclare concernant:

Nom victime:

J'ai été appelé auprès de la victime le...../...../..... (date) à(heure).

Nature des lésions constatées :

.....
.....

Une hospitalisation est-elle nécessaire ? oui non

Si oui : combien de temps?

La victime peut-elle exercer SES ACTIVITÉS HABITUELLES (travail, études, ménage ...) ?

oui non

Dans la négativité : durée de l'incapacité de travail :

-totale du.....au.....

-partielle à.....% du.....au.....

-partielle à.....% du.....au.....

-partielle à.....% du.....au.....

Peut-on s'attendre à une guérison totale? oui non

Si oui, date probable:/...../.....

Peut-on s'attendre à une incapacité permanente de travail? oui non

Si oui, pouvez-vous décrire les lésions à prévoir :

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

Cachet, date et signature du médecin.