



# 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) .....

(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.).

après l'accident qui lui est survenu le .....

déclare:

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)