

EMPLOYEUR

Sinistre n°

POLICE D'ASSURANCE N°

## CERTIFICAT MEDICAL

(Loi sur les Accidents du travail – A.R. du 28.12.1971)

(1) Noms, prénoms, qualité, adresse.

Je soussigné (1)

Ayant examiné le ..... à ..... h

(2) Noms, prénoms, adresse de la victime.

(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 conséquence (4) :

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

(5) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances.

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

.....  
.....

que la victime est en incapacité totale du ..... au .....

que la victime est capable d'exercer sa fonction actuelle.

que le travail adapté est possible . Les restrictions sont :

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

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

4. que le blessé est soigné (6) :

.....  
.....

Fait à , le .....

Le médecin,  
(signature)