

CERTIFICAT MEDICAL

(Loi du 10.04.71 et A.R. du 28.12.71)

<p>(1) Nom, prénom, qualité, adresse</p>	<p>Je soussigné (1)..... ayant examiné le (date):....., à.....heure</p>
<p>(2) Nom, prénom, adresse de la victime</p>	<p>La susmentionnée après l'accident qui lui est survenu le.....</p>
<p>(3) Indiquer : le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteinte (fracture du bras, contusions à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc...)</p>	<p>Il déclare: 1. Que l'accident a produit les lésions suivantes (3)</p>
<p>(4) Les suites certaines ou présumées des lésions constatées: mort, incapacité permanente, totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire :</p>	<p>2. Que ces lésions ont eu (auront) pour conséquences (4)</p>
<p>(5) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances.</p>	<p>3. Que l'incapacité a commencé (commencera) le (5) :</p>
<p>(6) Indiquer, le lieu où la victime est soignée.</p>	<p>4. Que le blessé est soigné (6) :</p>

Fait à, le.....

Signature du médecin :