

EMPLOYEUR

COMPAGNIE

POLICE N°

SINISTRE N°

CERTIFICAT MEDICAL

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

<p>(1) Noms, prénoms, qualité, adresse.</p>	<p>Je soussigné (1)</p>
<p>(2) Noms, prénoms, adresse de la victime.</p>	<p>Ayant examiné le à h (2)</p>
<p>(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.)</p>	<p>après l'accident qui lui est survenu le déclare :</p>
<p>(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.</p>	<p>1. que l'accident a produit les lésions suivantes (3)</p>
<p>(5) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances.</p>	<p>2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4) :</p>
<p>(6) Indiquer : le lieu où la victime est soignée.</p>	<p>3. que l'incapacité a commencé (commencera) le (5) : <input type="checkbox"/> que la victime est en incapacité totale du au <input type="checkbox"/> que la victime est capable d'exercer sa fonction actuelle. <input type="checkbox"/> que le travail adapté est possible . Les restrictions sont :</p>
	<p>4. que le blessé est soigné (6) : Fait à , le Le médecin, (signature)</p>