



étiquette références

**CERTIFICAT MEDICAL DE GUERISON  
SANS INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL**

(1) Nom, prénom et adresse	Je soussigné, (1) _____
(2) Biffer la mention inutile	agissant en ma qualité de
	– médecin consulté par la victime (2)
	– médecin conseil de l'assureur (2)
(3) Nom, prénom et adresse de la victime	ayant examiné le _____
	le(la) dénommé(e) (3) _____
	_____
	_____
	victime d'un accident de travail
	le _____
	déclare
(4) L'incapacité de travail peut être totale ou partielle. En cas d'incapacité temporaire partielle, mentionner les taux.	1. que l'accident a donné lieu à la (aux)
	période(s) d'incapacité temporaire de travail ci-après (4)
	_____
	_____
	_____
(5) Biffer la mention inutile	2. que la victime a repris le travail depuis le
	_____
	3. que la victime est guérie depuis le
	_____
	3.1 sans aucune séquelle (5)
	3.2 avec les séquelles suivantes, qui n'entraînent pas d'incapacité
	permanante de travail (5) (6)
(6) Description des séquelles. Préciser si elles sont de nature à influencer un éventuel état préexistant.	_____
	_____
	_____
(7) Indiquer la nature de l'appareil (lunettes, prothèse, dentaire, etc.)	4. que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de
	prothèse ou d'orthopédie suivants, dont l'usage a été reconnu
	nécessaire: (7)
	_____
	_____
	Date:
	Signature: