

**C**

SINISTRE N° _____	CERTIFICAT DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION	POLICE N° _____
De M. le Docteur spécialiste en demeurant à	_____	
Souscripteur Nom - Prénoms Adresse	_____	
Victime Nom - Prénoms Date de naissance	_____	
Date de l'accident	_____	

Je soussigné _____, Docteur en Médecine,
domicilié à _____, déclare que
la victime reprise en marge est guérie de ses blessures et en état de reprendre ses occupations à partir du _____

avec invalidité permanente - sans invalidité permanente.

L'incapacité a été :

totale du _____ au _____ inclusivement ;
partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;
partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;
partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;

L'incapacité prévue au certificat de constatation a été notablement dépassée; en voici la cause: _____

Il y a }
Il n'y a pas } invalidité permanente.

Les séquelles sont : _____

Fait à _____, le _____

(Signature)

	Codification barème légal acc. du travail	Montant
Frais médicaux	_____	_____ EUR
Frais pharmaceutiques	_____	_____ EUR
	TOTAL :	_____ EUR
A payer		_____ EUR
Mode de paiement		_____