

# CERTIFICAT MEDICAL

(Loi sur les Accidents du travail - A.R. du 28.12.71)

A ENVOYER A LA COMPAGNIE

EMPLOYEUR : .....  
.....  
.....  
.....  
SINISTRE N° : .....  
POLICE D'ASSURANCE N° : .....  
NUMERO DRS : [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ]

(1) Nom, prénoms, qualité, adresse.

Je soussigné (1) .....  
.....

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

ayant examiné le ..... à ..... h.

(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 (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, 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, totale 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 capable d'exercer sa fonction actuelle.

qu'un travail adapté est possible.

Les restrictions sont:  
.....  
.....  
.....

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

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

4. que le blessé est soigné (6):  
.....  
.....

Fait à ....., le .....

Le médecin,

(signature)