

CERTIFICAT MEDICAL
à faire remplir par le médecin traitant

Docteur
Adresse
Victime-Nom-prénom
Date de l'accident
Date du premier examen
Blessures constatées
Incapacité résultant des blessures	ENTIERE (1) -DUREE : TEMPORAIRE : DEGRE - DUREE
Séquelles probables.....

Est-ce que le concerné a déjà été victime d'un accident sportif?

A quelle date?

Quelles ont été les blessures engendrées à ce moment-là?

S'agit-il d'une rechute?

Le blessé est soigné.

Le traitement appliqué est le suivant

Les maladies, les handicaps existants avant l'accident qui pourraient aggraver les conséquences de l'accident sont:

L'intervention d'un spécialiste est : UTILE - INUTILE (*)

La radiographie est : UTILE - INUTILE(*)

Une traitement hospitalier est : NECESSAIRE - NON NECESSAIRE (*)

Il est à craindre que les blessures susmentionnées auront comme conséquence une invalidité permanente qui sera de l'ordre de: . . .

Remarques:

Fait à le 19.....

(Signature et cachet)

Les médecins sont priés de ne pas laisser des questions sans réponses.

(1) L'incapacité n'est totale que si la victime est contrainte à cesser toutes activités. Dans tous les autres cas l'incapacité est partielle.

(*) Biffer les mentions inutiles.