



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.
- (2) Nom, prénoms, adresse de la victime.
- (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.).
- (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.
- (5) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances.
- (6) Indiquer: le lieu où la victime est soignée.

Je soussigné (1)

.....

ayant examiné le, à h.

(2)

après l'accident qui lui est survenu le

déclare:

1. que l'accident a produit les lésions suivantes (3):

.....

.....

.....

.....

.....

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4):

.....

.....

.....

.....

.....

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:

.....

.....

.....

que la victime est en incapacité totale du au

4. que le blessé est soigné (6):

.....

.....

.....

Fait à, le

Le médecin,

(signature)

4070189 - 01-2007