

Certificat médical

A remplir par le médecin sauf en cas de grossesse ou d'accouchement (sauf en cas de complications).

Nom de la personne pour laquelle la déclaration est établie :

Diagnostic

En cas de maladie / complications grossesse

Diagnostic (précis et complet) :

Une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ?

Non Oui Si oui, laquelle ?

La victime souffre-t-elle ou a-t-elle souffert précédemment de maladies, de handicaps ou d'une affection ayant pu contribuer directement ou indirectement à son état actuel ou qui pourraient compliquer la guérison ? Non Oui Si oui, desquels ?

En cas d'accident

Description détaillée des lésions :

Selon vous, les lésions ont-elles un rapport de cause à effet avec l'accident ?

Non Oui

Une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ?

Non Oui Si oui, laquelle ?

La victime souffre-t-elle ou a-t-elle souffert précédemment de maladies, de handicaps ou d'une affection ayant pu contribuer directement ou indirectement à son état actuel ou qui pourraient compliquer la guérison ? Non Oui Si oui, desquels ?

Invalidité/Incapacité de travail

Date de prise d'effet de l'invalidité/incapacité de travail __/__/____

Durée présumée de l'invalidité/incapacité de travail :

L'incapacité de travail était totale du __/__/____ au __/__/____ inclus

L'incapacité de travail était partielle du __/__/____ au __/__/____ inclus, à __%

du __/__/____ au __/__/____ inclus, à __%

du __/__/____ au __/__/____ inclus, à __%

A quelle date pensez-vous que la personne concernée sera en état de reprendre ses activités ? __/__/____

Si le travail a déjà repris, date __/__/____

Hospitalisation

Nom et adresse de l'hôpital :

Motif d'admission :

Date d'admission __/__/____ Date de sortie __/__/____

Fait à

le __/__/____

Signature du médecin traitant + cachet,