

Nom, prénom et adresse victime:

.....  
 .....  
 .....

DOSSIER – N° :

Accident du :

**CERTIFICAT MEDICAL A FAIRE COMPLETER**

1. Nom, prénom (en CARACTERE D'IMPRIMERIE, s.v.p.) et adresse du médecin traitant	..... ..... .....
2. Date du 1er examen médical	le .. / .. / .....
3. Lésions (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes).	..... ..... .....
4. Où la victime est-elle soignée?	.....
5. La victime peut-elle se déplacer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Durée probable du traitement	.....
7. Conséquences probables de l'accident	..... .....
8. Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies)? Si oui, lequel?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> .....
9. A) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Si oui, laquelle, et par qui a-t-elle été pratiquée? B) Une radio de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ? C) Désirez-vous l'intervention d'un autre spécialiste?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ..... ..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ..... Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10. Observations:	..... .....

Fait à ..... le .. / .. / .....

Signature