



étiquette références

**CERTIFICAT MEDICAL DE GUERISON
SANS INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL**

(1) Nom, prénom et adresse

Je soussigné, (1).....
.....

(2) Biffer la mention inutile

agissant en ma qualité de
- médecin consulté par la victime (2)
- médecin conseil de l'assureur (2)

(3) Nom, prénom et adresse de la victime

ayant examiné le
le(la) dénommé(e) (3)
.....
.....

victime d'un accident de travail

le

déclare

(4) L'incapacité de travail peut être totale ou partielle. En cas d'incapacité temporaire partielle, mentionner les taux.

1. que l'accident a donné lieu à la (aux)
période(s) d'incapacité temporaire de travail ci-après (4)
.....
.....
.....

(5) Biffer la mention inutile

2. que la victime a repris le travail depuis le

(6) Description des séquelles. Préciser si elles sont de nature à influencer un éventuel état préexistant.

3. que la victime est guérie depuis le

3.1. sans aucune séquelle (5)

3.2. avec les séquelles suivantes, qui n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail (5) (6)
.....
.....
.....

(7) Indiquer la nature de l'appareil (lunettes, prothèse, dentaire, etc.)

4. que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de prothèse ou d'orthopédie suivants, dont l'usage a été reconnu nécessaire : (7)
.....
.....

Date :

Signature :

4078902-03.2002