



CERTIFICAT MEDICAL DE GUERISON SANS INCAPACITE PERMANENTE DE TRAVAIL

Accident survenu le ___/___/___ à ___ H ___
Victime

Notre assuré

Né(e) le : ___/___/___

Je soussigné, docteur en médecine, en ma qualité de Médecin consulté par la victime (1)
 Médecin-conseil de l'assureur (1)

Nom + Prénom :
 Adresse : Bte
 Code postal + Localité :

Déclare, après avoir examiné la victime le / / à h :
 1. Que l'accident survenu le / / à h a donné lieu à la (aux) période(s)
 d'incapacité temporaire de travail ci-après : (2)

.....

2. Que la victime a repris (ou reprendra) le travail le / /

3. Que la victime est guérie depuis le / /

Sans aucune séquelle (1)

Avec les séquelles suivantes (préciser si elles sont de nature à influencer un
 éventuel état préexistant) : (1)

.....

Qui n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail. (1)

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 :

.....

Document rédigé à _____, le / / (Signature du médecin)

(1) Biffer les mentions inutiles.
 (2) Mentionner le taux si incapacité temporaire partielle.