

## Modèle B. Certificat médical

Nom, prénom, qualité, adresse

\_\_\_\_\_

Nom, prénom, adresse de la victime

\_\_\_\_\_

Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc.

\_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_

Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement les lésions mêmes sans avoir égard à toutes autres circonstances.

\_\_\_\_\_

Indiquer, selon le cas, que le blessé est soigné à son domicile ou à celui du médecin ou à tel hôpital ou à tel autre endroit.

\_\_\_\_\_

Si le médecin a cette conviction, en indiquer les motifs de manière précise afin de permettre à l'administration de prendre décision en parfaite connaissance de cause.

Le soussigné .....

.....

.....

ayant examiné .....

.....

après l'accident qui lui est survenu le .....

déclare :

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

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

3. que le début de l'incapacité a été (sera) le :

.....

4. que le blessé est soigné :

.....

5. qu'il a (ou non) la conviction que la blessure ou la maladie constatée a pour cause l'accident relaté :

.....

.....

.....

.....

Fait à ....., le .....

(Signature)