

## **CERTIFICAT MEDICAL**

		s
	п	
п	Ξ.	ľ
п	ш	
	_	

S	INISTRE N°			POLICE	N° LIII		
Du docteur : spécialiste en :							
demeurant à :							
		SOUSCR	IPTEUR				
Nom et prénom ou raison commerciale : Rue :					N° :	Boîte :	
Code postal :		Commune :					
		VICT	IME				
Nom et prénom : Rue :					N°:	Boîte :	
Code postal : Date de naissance :		Commune :					
Date de l'accident : Date première visite :		] -					
Lésions constatées :							
INCAPACITÉ							
		2:					
Suites présumées :							
La victime est soignée :							
Le traitement institué est le suivant :							
Les prédispositions, maladies, infirmités préexista de celui-ci sont :							
L'intervention d'un médecin spécialiste paraît être La radiographie est :	□ nécessaire						
L'hospitalisation : Il est à craindre qu'il subsistera une incapacité per qui consistera vraisemblablement en,		□ ne s'impose pas.					
Observations :							
Fait à			. ,le		(Signat	ture)	

4183526-03 2021

(1) L'incapacité n'est totale que si la victime est incapable de toute opération rentrant dans le cadre de sa profession. Dans les autres cas, elle est partielle.