CERTIFICAT DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION

C

SINISTRE N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

POLICE N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Du docteur : .....
spécialiste en : .....
demeurant à : .....

SOUSCRIPTEUR

Nom et prénom ou raison commerciale : .....
Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....
Code postal : |_|_|_|_| Commune : .....

VICTIME

Nom et prénom : .....
Rue : ..... N° : ..... Boîte : .....
Code postal : |_|_|_|_| Commune : .....
Date de naissance : |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Date de l'accident : |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Je soussigné ..... , docteur en médecine,
domicilié à ..... , déclare que
la victime reprise en marge est guérie de ses blessures et en état de reprendre ses occupations à partir du .....
..... ☐ avec incapacité permanente ☐ sans incapacité permanente.

L'incapacité a été :

totale du |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| au |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| inclusivement ;
partielle à ..... % du |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| au |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| inclusivement ;
partielle à ..... % du |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| au |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| inclusivement ;
partielle à ..... % du |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| au |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| inclusivement .

L'incapacité prévue au certificat de constatation a été notamment dépassée ; en voici la cause :
.....

☐ Il y a
☐ Il n'y a pas
} incapacité permanente.

Les séquelles sont : .....
.....

Fait à ..... , le ..... (Signature)