

EMPLOYEUR :
.....
.....
.....
SINISTRE N° :
POLICE D'ASSURANCE N° :
NUMERO DRS : [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] - [] [] [] []

CERTIFICAT MEDICAL

(Loi sur les Accidents du travail - A.R. du 28.12.71)

A ENVOYER A LA COMPAGNIE

- (1) Nom, prénoms, qualité, adresse.

- (2) Nom, prénoms, adresse de la victime.

- (3) Indiquer: le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.).

- (4) 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.

- (5) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances.

- (6) Indiquer: le lieu où la victime est soignée.

Je soussigné (1)
.....
ayant examiné le, à h.
(2)
après l'accident qui lui est survenu le
déclare:

1. que l'accident a produit les lésions suivantes (3):
.....
.....
.....
.....

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4):
.....
.....
.....
.....

3. que l'incapacité a commencé (commencera) le (5):
.....
.....

que la victime est capable d'exercer sa fonction actuelle.
 qu'un travail adapté est possible.
Les restrictions sont:
.....
.....
.....

que la victime est en incapacité totale du au

4. que le blessé est soigné (6):
.....
.....
.....

Fait à, le

Le médecin,
(signature)

CERTIFICAT MEDICAL
(Loi sur les Accidents du travail - A.R. du 28.12.71)

EMPLOYEUR :
.....
.....
.....
SINISTRE N° :
POLICE D'ASSURANCE N° :
NUMERO DRS : [] [] [] - [] [] [] [] [] [] - [] [] - [] []

- (1) Nom, prénoms, qualité, adresse.
- (2) Nom, prénoms, adresse de la victime.
- (3) Indiquer: le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.).
- (4) 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.
- (5) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances.
- (6) Indiquer: le lieu où la victime est soignée.

Je soussigné (1)
.....
ayant examiné le, à h.
(2)
après l'accident qui lui est survenu le
déclare:

1. que l'accident a produit les lésions suivantes (3):
.....
.....
.....
.....

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4):
.....
.....
.....
.....

3. que l'incapacité a commencé (commencera) le (5):
.....
.....

que la victime est capable d'exercer sa fonction actuelle.
 qu'un travail adapté est possible.
Les restrictions sont:
.....
.....
.....

que la victime est en incapacité totale du au

4. que le blessé est soigné (6):
.....
.....
.....

Fait à, le

Le médecin,
(signature)

CERTIFICAT MEDICAL

(Loi sur les Accidents du travail - A.R. du 28.12.71)

A CONSERVER PAR LE MEDECIN

EMPLOYEUR :
.....
.....
.....
SINISTRE N° :
POLICE D'ASSURANCE N° :
NUMERO DRS : [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] - [] [] - [] []

- (1) Nom, prénoms, qualité, adresse.
- (2) Nom, prénoms, adresse de la victime.
- (3) Indiquer: le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.).
- (4) 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.
- (5) Le médecin a mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances.
- (6) Indiquer: le lieu où la victime est soignée.

Je soussigné (1)

ayant examiné le, à h.

(2)

après l'accident qui lui est survenu le

déclare:

1. que l'accident a produit les lésions suivantes (3):

.....
.....
.....
.....

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4):

.....
.....
.....
.....

3. que l'incapacité a commencé (commencera) le (5):

.....
.....

que la victime est capable d'exercer sa fonction actuelle.

qu'un travail adapté est possible.

Les restrictions sont:

.....
.....
.....

que la victime est en incapacité totale du au

4. que le blessé est soigné (6):

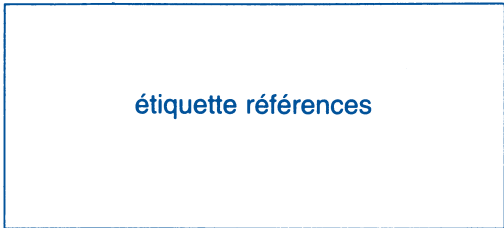
.....
.....

Fait à, le

Le médecin,

(signature)

A renvoyer à ADESIO
Rue du Vertbois 27/11, 4000 Liège
info@adesio.be
fax : 04/232.71.70



**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) ayant examiné le
(3) Nom, prénom et adresse de la victime	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 :