

Certificat médical

NUMÉRO DRS
(à mentionner lorsque la déclaration a été faite via le guichet électronique)

EMPLOYEUR

POLICE N°

(1) Nom, prénoms, qualité, adresse.

Je soussigné (1)

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

ayant examiné (2)

après l'accident qui lui est survenu le (date)
à (heure)

déclare:

(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.).

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

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

(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.

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

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

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

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

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

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

4. que le blessé est soigné (6):

.....
.....

Fait à, le

Le médecin,
(signature)