

## Modèle B. Certificat médical

|                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom, prénom, qualité, adresse<br><br>_____                                                                                                                                                                                                        | Le soussigné .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Nom, prénom, adresse de la victime<br><br>_____                                                                                                                                                                                                   | ayant examiné .....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 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.<br><br>_____                                                                  | après l'accident qui lui est survenu le .....<br>déclare :<br>1. que l'accident a produit les lésions suivantes :<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence :<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>3. que le début de l'incapacité a été (sera) le :<br>.....<br>.....<br>4. que le blessé est soigné :<br>.....<br>.....<br>5. qu'il a (ou non) la conviction que la blessure ou la maladie constatée a pour cause l'accident relaté :<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| 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.<br><br>_____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement les lésions mêmes sans avoir égard à toutes autres circonstances.<br><br>_____                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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.<br><br>_____                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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.                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

Fait à ....., le .....  
(Signature)