

Certificat médical de *guérison sans incapacité permanente de travail*

Ce formulaire concerne tout dossier « accident du travail » avec **incapacité temporaire de travail de moins de 30 jours calendrier**. Votre employeur vous demandera de faire compléter ce certificat afin de clôturer votre dossier.

Instructions

- Faites compléter cette attestation par votre **médecin traitant**. Votre médecin doit déterminer l'incapacité temporaire de travail et peut uniquement le consolider avec un pourcentage d'invalidité permanente de 0 %.
- Envoyez ce certificat à votre service du personnel ou au service qui, dans votre organisation, gère les dossiers « accidents du travail ».

Si vous ou votre médecin estimez qu'il y a effectivement une **incapacité permanente de travail**, vous ne devez pas compléter ce certificat. Dans ce cas, faites établir un **rapport médical** par votre médecin et transmettez-le à votre employeur. Votre employeur en avertira le service médical et vous serez convoqué(e) à un examen médical.

1. Indiquez vos coordonnées

Nom	
Prénom	
Numéro de registre national	
Adresse	

2. Ce cadre est réservé à votre médecin

2.1. Données concernant l'accident du travail

Date de l'accident : / /

2.2. Données concernant l'incapacité de travail

Période(s) d'incapacité de travail

De (date)	Jusqu'au (date)	% d'incapacité de travail
/ /	/ /	%
/ /	/ /	%
/ /	/ /	%
/ /	/ /	%
/ /	/ /	%

Date de reprise

/ /

2.3. Guérison ou consolidation

Date de guérison

/ /

Taux de guérison

- ☐ sans aucune séquelle
- ☐ avec les séquelles suivantes, qui n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail.

Décrivez les séquelles. Précisez si elles sont de nature à influencer un éventuel état préexistant.

.....

.....

.....

.....

2.4. Prothèses

Si des prothèse(s) et/ou des appareil(s) orthopédique(s) sont jugés nécessaires à la guérison de la victime. Indiquez la nature de la (des) prothèse(s) (lunettes, prothèse dentaire, etc.).

- ☐ La victime n'a pas besoin de prothèse pour sa guérison.
- ☐ La victime a besoin de la (des) prothèse(s) suivante(s) pour sa guérison :

2.5. Signature

Complétez et signez cette déclaration

Je soussigné,

docteur en médecine, confirme que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont correctes.

Date : / /

Signature :

Numéro INAMI

Cachet du médecin