

Attestation Médicale de Guérison

<p>(1) Nom, prénom et adresse</p>	<p>Je soussigné, (1)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>(2) Biffer la mention inutile</p>	<p>agissant en ma qualité de</p> <ul style="list-style-type: none"> • médecin traitant du blessé (2) • médecin conseil de l'assureur (2) <p>a examiné en date du</p>
<p>(3) Nom, prénom et adresse du blessé</p>	<p>le/la dénommé(e) (3)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>blessé(e) lors d'un accident survenu le et certifie</p>
<p>(4) L'incapacité de travail peut être temporaire ou permanente. En cas d'incapacité partielle, les pourcentages d'incapacité doivent être mentionnées.</p>	<p>1. que l'accident a entraîné l'incapacité temporaire pour les périodes suivantes (4)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2. que le blessé a repris les cours depuis le</p> <p>.....</p> <p>3. que le blessé suit un traitement médical depuis le</p> <p>.....</p>
<p>(5) Biffer la mention inutile</p>	<p>3.1. sans lésions subsistantes (5)</p>
<p>(6) Description des lésions subsistantes. Le médecin doit déterminer si les lésions invoquées sont influencées par un état préexistant.</p>	<p>3.2. avec les lésions subsistantes mentionnées ci-dessous, mais qui n'entraînent pas d'incapacité de travail permanente (5) (6)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>(7) Indiquez le type d'appareil (lunettes, prothèse dentaire, etc.)</p>	<p>4. que la guérison est due à l'octroi des prothèses orthopédiques suivantes, dont l'utilisation a été reconnue nécessaire : (7)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
	<p>Date:</p> <p>Signature:</p>

PS: Une confirmation écrite de guérison rédigée par les parents de la victime ou la victime elle-même suffit.