

CERTIFICAT MEDICAL

N° 2

DENOMINATION OU CACHET DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE	IMPORTANT DOCUMENT A RENVoyer COMPLETE AU : BUREAU DIOCESAIN D'ASSURANCES INSPECTION DU HAINAUT PLACE DE L'EVECHE 1 7500 TOURNAI Téléphone 069/22.67.85 Fax 069/84.13.69
---	--

POLICE N°**DATE DU SINISTRE :**

VICTIME	
NOM DE LA VICTIME :	PRENOMS :
ADRESSE :	N° :
CODE POSTAL :	COMMUNE :
DATE DE NAISSANCE :	N° DE TELEPHONE :
REPOSES	
1. DATE, HEURE ET ENDROIT DU PREMIER EXAMEN	
2. DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION, SIGNES OBJECTIFS (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes)	
SYMPTOMES SUBJECTIFS ACCUSES PAR LE BLESSE :	
3. DATE ET ORIGINES DES LESIONS D'APRES LE BLESSE :	
4. LES CONSTATATIONS OBJECTIVES RENDENT-ELLES VRAISEMBLABLES OU INVRAISEMBLABLES A) L'ORIGINE SIGNALEE PAR LE BLESSE ? B) LA DATE INDIQUEE PAR LE BLESSE ? DANS LA NEGATIVE, SUR QUELLES CONSTATATIONS VOUS BASEZ-VOUS ?	
5. LE BLESSE PEUT-IL CONTINUER SES OCCUPATIONS TOTALEMENT OU PARTIELLEMENT ? A QUELLE DATE A-T-IL CESSE ?	
6. PREVISION : A. GUERISON COMPLETE ? B. INCAPACITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE ? % ? C. DECES ?	
7. N'Y A-T-IL RIEN CHEZ LE BLESSE QUI PUISSE NORMALEMENT AGGRAVER LES CONSEQUENCES DU SINISTRE ? INFIRMITES ANTERIEURES ?	
8. LES SOINS AU BLESSE SONT-ILS CONTINUS ? OU ET PAR QUI ?	
9. JUGEZ-VOUS UTILE DE FAIRE INTERVENIR UN AUTRE MEDECIN ? D'HOSPITALISER LA VICTIME ?	
10. OBSERVATIONS PARTICULIERES :	

FAIT A _____ LE _____
Nom et adresse ou cachet du médecin :

SIGNATURE DU MEDECIN