

## Attestation Médicale

(1) Nom, prénom, qualité et adresse	Je soussigné, (1) ..... en ma qualité de ..... demeurant à .....
(2) Nom, prénom et adresse du blessé	(2) atteste que ..... ..... ..... a été examiné par mes soins après l'accident, en date du..... à .....h
(3) Indiquez la nature et la gravité des lésions ainsi que les parties du corps touchées (bras cassé, contusion cérébrale, traumatisme des doigts, lésion interne, asphyxie, etc).	Je certifie 1. que l'accident a causé les lésions suivantes (3) ..... ..... ..... .....
(4) Indiquez les conséquences effectives ou probables de la / des lésion(s) constatée(s): décès, invalidité permanente totale ou partielle, invalidité temporaire totale ou partielle ainsi que la durée de l'invalidité temporaire.	2. que ces lésions ont / auront pour conséquence (4) ..... ..... .....
(5) Le médecin doit déterminer si l'invalidité résulte de la lésion occasionnée, indépendamment de toute autre circonstance.	3. que l'invalidité a débutée / débutera (5) : ..... <input type="checkbox"/> que l'invalidité totale du travailleur débute le ..... jusqu'au ..... <input type="checkbox"/> que le blessé est capable d'assurer ses tâches professionnelles <b>actuelles</b> <input type="checkbox"/> qu'une adaptation des ses tâches est possible. Les restrictions sont: ..... .....
(6) Indiquez le lieu de traitement.	4. que le blessé a été soigné (6) ..... .....
	Fait à....., le.....  Le médecin, (Signature)

**PS: L'utilisation de ce document n'est pas obligatoire. En revanche, l'attestation du médecin doit mentionner les données demandées.**