

Attestation Médicale de Guérison

(1) Nom, prénom et adresse	Je soussigné, (1)
(2) Biffer la mention inutile agissant en ma qualité de • médecin traitant du blessé (2) • médecin conseil de l'assureur (2)
(3) Nom, prénom et adresse du blessé	a examiné en date du le/la dénommé(e) (3)
(4) L'incapacité de travail peut être temporaire ou permanente. En cas d'incapacité partielle, les pourcentages d'incapacité doivent être mentionnées. blessé(e) lors d'un accident survenu le et certifie 1. que l'accident a entraîné l'incapacité temporaire pour les périodes suivantes (4) 2. que le blessé a repris les cours depuis le 3. que le blessé suit un traitement médical depuis le
(5) Biffer la mention inutile	3.1. sans lésions subsistantes (5)
(6) Description des lésions subsistantes. Le médecin doit déterminer si les lésions invoquées sont influencées par un état préexistant.	3.2. avec les lésions subsistantes mentionnées ci-dessous, mais qui n'entraînent pas d'incapacité de travail permanente (5) (6)
(7) Indiquez le type d'appareil (lunettes, prothèse dentaire, etc.)	4. que la guérison est due à l'octroi des prothèses orthopédiques suivantes, dont l'utilisation a été reconnue nécessaire : (7)
	Date:
	Signature:

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