

CERTIFICAT MEDICAL

N°2

<p>DENOMINATION OU CACHET DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE</p> <p>Ecole Fondamentale Libre du XII Avenue Mascaux, 545 6001 Marcinelle Tel/Fax: 071/431186 direction12marcinelle@gmail.com</p>	<p>IMPORTANT DOCUMENT A RENVOYER COMPLETE ET SIGNE AU :</p> <p>BUREAU DIOCESAIN D'ASSURANCES INSPECTION DU HAINAUT PLACE DE L'EVECHE, 1 7500 TOURNAI</p>
---	---

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE : / / 20

<p>VICTIME :</p> <p>Adresse :</p> <p>Date de Naissance :</p>
--

1. Date, heure et endroit du premier examen.	
2. Diagnostic très complet de l'affection, signes objectifs (indiquer très exactement le genre la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes) Symptômes subjectifs accusés par le blessé.	
3. Date et origine des lésions d'après le blessé.	
4. Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables A. L'origine signalée par le blessé? B. La date indiquée par lui? Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous?	
5. Le blessé peut-il continuer ses occupations totalement ou partiellement? A quelle date a-t-il dû les cesser?	
6. Prévisions : A. Guérison complète? B. Incapacité permanente totale ou partielle? %? C. Décès?	
7. N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences du sinistres? Infirmités antérieures?	
8. Les soins donnés au blessé sont-ils continués? Où et par qui?	
9. Jugez-vous utile : - De faire intervenir un autre médecin? - D'hospitaliser la victime,	
10. Observations particulières	

FAIT A LE / / 20....

Signature du médecin

Cachet du médecin