



CERTIFICAT MEDICAL

Police n° _____

à remplir par le médecin traitant

Docteur	_____
Demeurant à	_____
Rue / N°	_____
Victime : Nom - Prénom	_____
Adresse	_____
Date de naissance	_____
Nom du club de la victime	_____
Date de l'accident	_____
Date de la première visite	_____
Lésions constatées	_____
	S'agit-il d'une pathologie <input type="checkbox"/> traumatique <input type="checkbox"/> microtraumatique ?
Incapacité résultant des lésions	TOTALE (1) - Durée : _____ PARTIELLE : TAUX DUREE _____
Suites présumées	_____

L'intéressé(e) a-t-il(elle) déjà été victime d'un accident de sport ? _____
 A quelle date ? _____
 Quelles ont été alors les lésions encourues ? _____
 S'agit-il dans ce cas-ci d'une rechute ? _____
 Le blessé est soigné _____
 Le traitement institué est le suivant : _____

Les prédispositions, maladies, infirmités préexistantes à l'accident qui pourraient anormalement aggraver les conséquences de celui-ci sont : _____

L'intervention d'un médecin spécialiste paraît : utile - inutile (*)
 La radiographie est : nécessaire - utile (*)
 L'hospitalisation : s'impose - ne s'impose pas (*)
 Il est à craindre qu'il subsistera une invalidité permanente, qui consistera vraisemblablement en : _____

Observations : _____

Fait à _____ le _____
(Signature)

(1) L'incapacité n'est totale que si la victime est incapable de toute occupation rentrant dans le cadre de sa profession. Dans les autres cas elle est partielle.

(*) Biffer les mentions inutiles.