

--	--	--	--	--	--

CERTIFICAT FINAL DE (1) } GUÉRISON CONSOLIDATION

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR OU A DEFAUT PAR LE MEDECIN

EMPLOYEUR

Nom, Prénoms :

Raison Sociale :

Adresse :

N° d'immatriculation | | | | |

VICTIME

Nom :

Prénoms :

Adresse :

A. conserver par le médecin jusqu'à guérison ou consolidation.

Suite au Certificat initial de constatation du

Je soussigné, Docteur en Médecine,

Nom, Prénoms :

Adresse :

Après avoir examiné la victime désignée ci-contre ai constaté que celle-ci :

Peut reprendre son travail à dater du 19.....

(1) { Avec visites médicales jusqu'au sans autres visites médicales.

Date de guérison ou de consolidation (1) :

La blessure (1) { N'entraîne pas d'incapacité permanente / Entraîne une incapacité permanente de...../°

Description des séquelles (2)

Fait à le

Signature

(1) Rayer les mentions inutiles. (2) Continuer au verso s'il y a lieu.