



EMPLOYEUR

Nom ..... Prénom .....

Rue ..... n° ..... boîte .....

Code postal ..... Localité .....

JE SOUSSIGNÉ

Nom ..... Prénom .....

Rue ..... n° ..... boîte .....

Code postal ..... Localité .....

Qualité .....

AYANT EXAMINÉ

Nom ..... Prénom .....

Rue ..... n° ..... boîte .....

Code postal ..... Localité .....

après l'accident qui lui est survenu le \_ \_ \_ \_ \_

DÉCLARE

1. que l'accident a produit les lésions suivantes : indiquer le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.)  
.....  
.....
2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence : indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées (mort, incapacité permanente, totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire)  
 pas d'incapacité  
 TRAVAIL ADAPTE: Si l'employeur peut organiser un travail adapté:  
 L'intéressé peut continuer à exercer ses fonctions actuelles  
 Le travail peut être poursuivi sous une forme adaptée  
 Les restrictions éventuelles sont:  
.....  
.....  
 Ces dispositions sont valables pour ..... jours  
 Une incapacité temporaire  
 totale du ..... au .....

3. que l'incapacité a commencé (commencera) le \_ \_ \_ \_ \_

le médecin a pour mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances

4. que le blessé est soigné (indiquer le lieu où la victime est soignée)

Premier examen : jour \_ \_ \_ \_ \_ heure

endroit

Le blessé est-il droitier ?  oui  non

gaucher ?  oui  non

Jugez-vous utile :

1. de recourir à l'intervention d'un spécialiste ?  oui  non

si oui, lequel ?

2. d'hospitaliser le blessé ?  oui  non

si oui, où ?

3. de procéder à une radiographie ?  oui  non

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ le médecin (signature)