



# Certificat médical de guérison sans incapacité permanente de travail

## Accidents de travail

Exemplaire Compagnie

Employeur : ..... Contrat n° : .....

Sinistre n° : .....

Je soussigné,

.....  
agissant en ma qualité de(\*)

médecin consulté par la victime ;

médecin conseil de l'assureur ;

ayant examiné le : ..... / ..... / .....

le [la] dénommé(e) : .....

.....  
victime d'un accident du travail le : ..... / ..... / .....

déclare(\*)

que l'accident a donné lieu à la [aux] période(s) d'incapacité temporaire de travail suivante(s) :

.....  
 que la victime a repris le travail le : ..... / ..... / .....

que la victime est guérie depuis le : ..... / ..... / .....

sans aucune séquelle ;

avec les séquelles suivantes qui n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail :

.....  
 que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de prothèse ou d'orthopédie suivants dont l'usage a été reconnu nécessaire :

Fait à : ..... le : ..... / ..... / .....

Signature médecin :

[\*] Veuillez cocher la case correspondante



# Certificat médical de guérison sans incapacité permanente de travail

## Accidents de travail

Exemplaire Service Médical du Travail

Employeur : ..... Contrat n° : .....

Sinistre n° : .....

Je soussigné,

.....  
agissant en ma qualité de(\*)

médecin consulté par la victime ;

médecin conseil de l'assureur ;

ayant examiné le : ..... / ..... / .....

le [la] dénommé(e) : .....

.....  
victime d'un accident du travail le : ..... / ..... / .....

déclare(\*)

que l'accident a donné lieu à la [aux] période(s) d'incapacité temporaire de travail suivante(s) :

.....  
 que la victime a repris le travail le : ..... / ..... / .....

que la victime est guérie depuis le : ..... / ..... / .....

sans aucune séquelle ;

avec les séquelles suivantes qui n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail :

.....  
 que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de prothèse ou d'orthopédie suivants dont l'usage a été reconnu nécessaire :

Fait à : ..... le : ..... / ..... / .....

Signature médecin :

[\*] Veuillez cocher la case correspondante





# Certificat médical de guérison sans incapacité permanente de travail

## Accidents de travail

Exemplaire Médecin traitant

Employeur : ..... Contrat n° : .....

Sinistre n° : .....

Je soussigné,

.....  
agissant en ma qualité de(\*)

médecin consulté par la victime ;

médecin conseil de l'assureur ;

ayant examiné le : ..... / ..... / .....

le [la] dénommé(e) : .....

.....  
victime d'un accident du travail le : ..... / ..... / .....

déclare(\*)

que l'accident a donné lieu à la [aux] période(s) d'incapacité temporaire de travail suivante(s) :

.....  
 que la victime a repris le travail le : ..... / ..... / .....

que la victime est guérie depuis le : ..... / ..... / .....

sans aucune séquelle ;

avec les séquelles suivantes qui n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail :

.....  
 que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de prothèse ou d'orthopédie suivants dont l'usage a été reconnu nécessaire :

Fait à : ..... le : ..... / ..... / .....

Signature médecin :

[\*] Veuillez cocher la case correspondante