



**A remplir par votre médecin**

**CERTIFICAT de GUERISON ou d'EVOLUTION**

Références/n° de dossier :.....

Le soussigné, docteur en médecine,

Nom : .....

Adresse : .....

déclare que :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

a été victime d'un accident le (date) ...../...../..... à (lieu) .....

Description de la nature des blessures et traitement

.....  
.....  
.....

- **Incapacité temporaire économique** (impact sur les activités professionnelles)
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
- **Incapacité temporaire ménagère** (impact sur les activités ménagères)
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
- **Incapacité temporaire personnelle** (douleur et inconfort physique + impact sur les activités personnelles)
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
  - du ...../...../..... au ...../...../..... inclus à ..... %
- La victime est  toujours sous traitement
  - guéri depuis ..../.../..... sans séquelles
  - consolidé le ..../.../..... avec séquelles
    - incapacité permanente personnelle** de ... %
    - incapacité permanente ménagère** de ... %
    - incapacité permanente économique** de ... %





- Le cas échéant, veuillez indiquer **les séquelles esthétiques** (échelle 1-7/7) : .....
- Informations complémentaires : .....  
.....  
.....

Fait le (date) ...../...../.....  
à .....

Signature et cachet du médecin

