

Certificat Médical (à compléter par le médecin)
Doit être renvoyé dans un délai raisonnable au destinataire.

DESTINATAIRE

BUREAU DIOCESAIN DE LIEGE
Rue du Vertbois 27/011 - 4000 LIEGE
Tel.: Sinistre: 04/232.71.72 Général:
04/232.71.71 Fax: 04/232.71.70

NOM ET PRENOM DE LA VICTIME :

DATE DE L'ACCIDENT : REF SINISTRE :

Etablissement scolaire :

N° de police :

<p>Jour, heure et endroit du premier examen</p> <p>.....</p>	
<p>DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION</p> <p>Signes objectifs : (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Symptômes SUBJECTIFS accusés par le blessé</p>	
<p>Date et origine des lésions d'après le blessé</p>	
<p>Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables, l'origine signalée par le blessé, la date indiquée par lui. Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Le blessé peut-il continuer à travailler totalement ou partiellement ?</p> <p>Si non, à quelles date a-t-il dû cesser le travail ?</p>	
<p>Quelle sera approximativement la durée du traitement ?</p>	
<p>PRONOSTIC : A- Guérison complète</p> <p>B - Invalidité permanente totale ou partielle</p> <p>C - Mort</p>	
<p>N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ?</p> <p>Infirmités antérieures :</p>	
<p>Des soins constants sont-ils donnés ? Où et par qui ?</p>	
<p>Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologiste etc... et pourquoi ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Jugez-vous de l'intérêt du blessé ou de la compagnie de faire hospitaliser la victime ? Pourquoi ?</p> <p>.....</p>	
<p>Observations particulières :</p>	

Fait à le20...
Nom et adresse ou cachet du médecin

Signature du médecin