

Certificat médical de guérison sans incapacité permanente de travail

Annexe I de l'arrêté royal du 8 mai 2014 (MB 6/06/2014)

Je soussigné¹,.....

.....

agissant en ma qualité de médecin consulté par la victime.....

le (la) dénommé(e)².....

.....

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

.....

et déclare :

1. que l'accident a donné lieu à la (aux) périodes(s)³.....

.....

2. que la victime a repris le travail le.....

.....

3. que la victime est guérie depuis le

3.1. sans aucune séquelle⁴

3.2. avec les séquelles suivantes, qui n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail⁴⁵

4. que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de prothèse ou d'orthopédie suivant,
dont l'usage a été reconnu nécessaire⁶

Date :

Signature :

¹ Nom, prénom et adresse

² Nom, prénom et adresse de la victime

³ L'incapacité de travail peut être totale ou partielle. En cas d'incapacité temporaire partielle, mentionner les taux.

⁴ Biffer la mention inutile

⁴ Biffer la mention inutile

⁵ Description des séquelles. Préciser si elles sont de nature à influencer un éventuel état préexistant.

⁶ Indiquer la nature de l'appareil (lunettes, prothèse dentaire, etc.)