

## MODÈLE B. ATTESTATION MEDICALE

DANS LE CADRE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL

Nom, prénom, qualité, adresse	Le soussigné .....
Date et heure de l'examen médical	ayant examiné le ...../...../..... à ..... h.....
Nom, prénom, adresse de la victime	.....
Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc.	après l'accident qui lui est survenu le ...../...../..... déclare : 1. que l'accident a produit les lésions suivantes : .....
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.	2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence : .....
Le médecin doit constater l'incapacité résultant normalement des lésions sans avoir égard à toutes autres circonstances.	3. que le début de l'incapacité a été (sera) le : .....
Indiquer, selon le cas, si le blessé est soigné à son domicile, au cabinet du médecin, dans un hôpital ou dans un autre endroit (en mentionnant lequel).	4. que le blessé est soigné : .....
Si le médecin a cette conviction, il indique les motifs de manière précise afin de permettre à l'administration de prendre décision en parfaite connaissance de cause.	5. qu'il a (ou non) la conviction que la blessure ou la maladie constatée a pour cause l'accident relaté : .....

Fait à ....., le .....  
(Signature)