CERTIFICAT MEDICAL

Déclaration Accident

Document confidentiel - SECRET MEDICAL

Je soussigné, Docteur

certifie avoir examiné le / / 20

Mr/Mme

Né(e) le / /

Victime d'un accident survenu le / / 20

et avoir constaté les lésions suivantes :

Certificat établi en un exemplaire et remis en main propre à l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit.

Certificat fait à

Tampon et signature du médecin: