

FONCTIONNAIRE DES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES
ACCIDENT DE SERVICE, DE TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Certificat Médical

Initial Prolongation Final Rechute

Je soussigné _____ Docteur en Médecine à _____

certifie avoir examiné M _____ accidenté(e) le _____
(Indication du nom de jeune fille pour les femmes mariés suivi du prénom puis du nom d'époux)

né(e) le _____ fonctionnaire de _____

adresse _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

■ **CONSTATATIONS DÉTAILLÉES** : siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles

■ **CONSÉQUENCES** :

SOINS JUSQU'AU _____ inclus

(Complétez également si nécessaire les rubriques ARRÊT DE TRAVAIL OU REPRISE DE TRAVAIL)

ARRÊT DE TRAVAIL JUSQU'AU _____ inclus

REPRISE DE TRAVAIL LE _____

■ **CONCLUSIONS** :

GUÉRISON AVEC RETOUR A L'ETAT ANTÉRIEUR]

CONSOLIDATION AVEC SÉQUELLES] DATE _____

Fait à _____, le _____

(Signature et cachet du Médecin)

FONCTIONNAIRES DES TROIS FONCTIONS PUBLIQUES
ACCIDENT DE SERVICE, DE TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Certificat Médical

Initial Prolongation Final Rechute

Je soussigné _____ Docteur en Médecine à _____

certifie avoir examiné M _____ accidenté(e) le _____
(Indication du nom de jeune fille pour les femmes mariés suivi du prénom puis du nom d'époux)

né(e) le _____ fonctionnaire de _____

adresse _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

■ **CONSTATATIONS DÉTAILLÉES** : siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles

■ **CONSÉQUENCES** :

SOINS JUSQU'AU _____ inclus

(Complétez également si nécessaire les rubriques ARRÊT DE TRAVAIL OU REPRISE DE TRAVAIL)

ARRÊT DE TRAVAIL JUSQU'AU _____ inclus

REPRISE DE TRAVAIL LE _____

■ **CONCLUSIONS** :

GUÉRISON AVEC RETOUR A L'ETAT ANTÉRIEUR]

CONSOLIDATION AVEC SÉQUELLES] DATE _____

Fait à _____, le _____

(Signature et cachet du Médecin)