

Cachet du médecin ci-dessus :
(ou document à imprimer sur le papier à en-tête du cabinet médical)

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL DESCRIPTIF DES BLESSURES

Je, soussigné, Docteur :

Déclare :

avoir examiné en date du :

Une personne qui m'a dit se nommer :

Monsieur Madame :

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse domicile :

Cette personne déclare être venu me consulter à la suite de :

Cet événement qui remonte à la date du :

Faits déclarés par le patient :

Descriptif des blessures :

Ces blessures n'entraînent pas d'interruption temporaire (ITT)

entraînent une interruption temporaire de travail de jours

Date de consolidation estimée :

Certificat médical initial fait à :

Le :

Signature du médecin et cachet obligatoire ci-dessous :