

CERTIFICAT MEDICAL D'ORIGINE

A _____ le _____

Je, soussigné, _____
docteur en médecine à _____
déclare avoir examiné le _____ M. _____
membre de (nom de l'association sportive) _____
victime d'un accident le _____ et avoir constaté les lésions suivantes : (siège et
nature) : _____

Traumatisme cervical OUI NON

Durée de l'arrêt de travail ou d'incapacité physique totale : _____ jours.

Durée de l'arrêt d'activité sportive : _____ jours.

La déclaration de cet accident (régime maladie) a-t-elle été faite à la Sécurité Sociale ou tout autre régime de prévoyance similaire OUI NON

L'état de santé de l'intéressé donnera-t-il lieu lors de la consolidation à un D.F.P. ? OUI NON
(compte tenu des éléments actuellement en ma possession)

► Je prévois des séquelles importantes à venir OUI NON

Certificat sur papier libre remis à l'intéressé sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit, non valable devant les Tribunaux
Signature du blessé :

Cachet et signature du médecin.

Ce certificat doit être adressé avec le feuillet A de la déclaration d'accident suivant les recommandations ci-après :

- Il doit être mis sous enveloppe cachetée
- Au dos de l'enveloppe doit apparaître le nom et le prénom du blessé ainsi que le numéro de dossier
- L'enveloppe doit stipuler les mentions suivantes :

SECRET MÉDICAL - CONFIDENTIEL

**À l'attention du Service Médical
Docteur Jean Soubielle**