A compléter par le médecin

Certificat médical de guérison

Référence compagnie : .....

Victime

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Guérison

Date de guérison : .....

Date de reprise des activités : .....

Type de reprise : €Totale €Partielle (..... %)

Séquelles : €Non €Oui, description : .....

Remarques éventuelles

.....

.....

.....

.....

Date : ..... Signature du médecin :