

CERTIFICAT MEDICAL POUR COUPS ET BLESSURES

Je soussigné (e) Docteur _____

Spécialisation _____

Certifie avoir examiné le ____/____/____ à ____ heures,

A _____ (lieu)

Sur réquisition de _____

A la demande du, de la patient(e)

A la demande des parents

Mr./Mme _____

Né(e) à : _____ âgé(e) de _____ de sexe _____

Résidant à _____

Exerçant la Profession de _____

. Dires la victime

Mr, Mme _____ Se dit avoir été victime le ____/____/____

A _____ heure

De (type d'agressions)

Arme(s) utilisée(s) : _____

- De la part de (nombre) _____ individu(s)

- inconnu(s) de la victime

- antérieurement connu(s) de la victime

- L'agression se serait déroulée :

au domicile de la victime

au domicile de l'agresseur

au domicile conjugale

au domicile parental

dans un lieu public

dans un lieu non identifié

. La victime a consulté un médecin

Oui non date ____/____/____

Nom et adresse (du médecin) _____

Description des lésions initiales constatées par le médecin :

Un traitement a été prescrit oui non

Lequel _____

Des examens ont été pratiqués oui non

Lesquels _____

. Le jour de l'examen la victime se plaint de : _____

. A l'examen physique, on note :

(Description détaillée de toutes les lésions présentées par la victime en précisant : nature, localisation, nombre, dimension).

Les examens suivants ont été réalisés pour compléter le dossier médical :

. Retentissement psychologique _____

. Les troubles et/ou lésions constatées justifient une **incapacité de travail (IT)**

oui non si oui de : _____ jours

Une nouvelle consultation s'avère nécessaire pour fixer la date de consolidation

oui non si oui fixer la date : _____

Fait en double exemplaires, à _____ le ____/____/____

Signature du Médecin

Pour authentification _____

Certificat remis à :

Nom : _____

Prénom : _____