



EMPLOYEUR

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ boîte \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

JE SOUSSIGNÉ

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ boîte \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_  
Qualité \_\_\_\_\_

AYANT EXAMINÉ

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ boîte \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

après l'accident qui lui est survenu le \_\_\_\_\_

DÉCLARE

1. que l'accident a produit les lésions suivantes : indiquer le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence : indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées (mort, incapacité permanente, totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire)  
 pas d'incapacité temporaire, pas de prothèses à prévoir  
 pas d'incapacité temporaire, mais des prothèses à prévoir  
 Une incapacité temporaire  
 totale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 partielle \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

