



# ECOLE COMMUNALE DU HUSQUET

✉ Rue de Husquet, 27

☎ 087/33.75.49

4820 Dison

💻 [ec.husquet.direction@gmail.com](mailto:ec.husquet.direction@gmail.com)  
[ec.husquet.secretariat@gmail.com](mailto:ec.husquet.secretariat@gmail.com)



Accident du ..... / ..... / .....

Nom de la victime : .....

DOSSIER n° : ..... Prénom de la victime : .....

Gestionnaire : ..... Adresse de la victime : .....

.....

## CERTIFICAT MEDICAL A FAIRE COMPLETER ET A REMETTRE A L'ECOLE

1.	Nom, prénom (en caractère d'imprimerie, s.v.p.) et adresse du médecin traitant	
2.	Date du 1 <sup>er</sup> examen médical	Le ...../...../.....
3.	Lésions (indiquer la nature des blessures, les parties du corps atteintes)	
4.	Où la victime a-t-elle été soignée ?	
5.	La victime peut-elle se déplacer ?	OUI - NON
6.	Durée probable du traitement	
7.	Conséquences probables de l'accident ?	
8.	Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ? Si oui, lequel ?	
9.	A) Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ?	OUI - NON
	Si oui, laquelle, et par qui a-t- elle été pratiquée ?	
	B) Une radio de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ?	
	C) Désirez-vous l'intervention d'un autre spécialiste ?	
10.	Observations :	

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature :