

Dossier médical

Le directeur de l'établissement scolaire : يشهد مدير المؤسسة :

Délégation : نيابة :

Atteste que l'élève : أن التلميذ:

A été victime d'un accident Scolaire Sportif Trajet

Le

cachet et signature

Certificat médical initial

Je soussigné(e) docteur :

Nom et prénom(s) :

Qualité : Tél.: Fax :

Certifie avoir examiné en date du l'élève :

Diagnostic (description des lésions) :

Nécessite une hospitalisation Oui Non Durée d'I.T.T. : Jours

Cachet et signature

Certificat médical de guérison

Je soussigné(e) docteur :

Certifie avoir examiné ce jour en date du l'élève :

Il est actuellement guéri avec ou sans incapacité permanente partielle (IPP) de :

Cachet et signature du médecin

Commission médicale

Je soussigné(e) docteur :

Certifie avoir examiné à la commission médicale en date du l'élève :

A la demande de :

Etablissement :

Nature de l'affection et des lésions :

Taux d'IPP arrêté :

Cachet et signature de la commission médicale