

# Certificat médical de *guérison sans incapacité permanente de travail*

Ce formulaire concerne tout dossier « accident du travail » avec **incapacité temporaire de travail de moins de 30 jours calendrier**. Votre employeur vous demandera de faire compléter ce certificat afin de clôturer votre dossier.

## Instructions

- Faites compléter cette attestation par votre **médecin traitant**. Votre médecin doit déterminer l'incapacité temporaire de travail et peut uniquement le consolider avec un pourcentage d'invalidité permanente de 0 %.
- Envoyez ce certificat à votre service du personnel ou au service qui, dans votre organisation, gère les dossiers « accidents du travail ».

Si vous ou votre médecin estimez qu'il y a effectivement une **incapacité permanente de travail**, vous ne devez pas compléter ce certificat. Dans ce cas, faites établir un **rapport médical** par votre médecin et transmettez-le à votre employeur. Votre employeur en avertira le service médical et vous serez convoqué(e) à un examen médical.

## 1. Indiquez vos coordonnées

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Nom                         | <input type="text"/>                         |
| Prénom                      | <input type="text"/>                         |
| Numéro de registre national | <input type="text"/>                         |
| Adresse                     | <input type="text"/><br><input type="text"/> |

## 2. Ce cadre est réservé à votre médecin

### 2.1. Données concernant l'accident du travail

Date de l'accident :  /  /

### 2.2. Données concernant l'incapacité de travail

#### Période(s) d'incapacité de travail

| De (date)  | Jusqu'au (date)  | % d'incapacité de travail |
|--|--|---------------------------|
| <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> %    |
| <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> %    |
| <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> %    |
| <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> %    |
| <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | <input type="text"/> %    |

#### Date de reprise

/  /

