**Annexe à l’arrêté royal du 24 janvier 1969 relatif à la réparation, en faveur des membres du personnel du secteur public, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail**

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

|  |  |
| --- | --- |
| (1) Nom, prénom et adresse  | Je soussigné, (1)……………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………….. agissant en ma qualité de médecin consulté par la victime  |
| (2) Nom, prénom et adresse de la victime (3) L’incapacité de travail peut être totale ou partielle. En cas d’incapacité temporaire partielle, mentionner les taux. (4) Biffer la mention inutile (5) Description des séquelles. Préciser si elles sont de nature à influencer un éventuel état préexistant.  | le (la) dénommé(e) (2) …………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………. victime d’un accident du travail le ………………………………. ………………………………………………………………………………………… et déclare : 1. que l’accident a donné lieu à la (aux) période(s) (3) ………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………….. 2. que la victime a repris le travail le ………………………… …………………………………………………………………………………. 3. que la victime est guérie depuis le …………………………. ………………………………………………………………………………….. 3.1. sans aucune séquelle (4) 3.2. avec les séquelles suivantes, qui n’entraînent pas d’incapacité permanente de travail (4)(5)  |
| (6) Indiquer la nature de l’appareil (lunettes, prothèse dentaire, etc.)  | 4. que la guérison a été acquise après l’octroi des appareils de prothèse ou d’orthopédie suivants, dont l’usage a été reconnu nécessaire (6)  |
| Date :  |
| Signature :  |