

CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

Je soussigné(e) Dr..... certifie avoir examiné
ce jour à mon cabinet (Nom/Prénom)....., né(e)
le/...../....., habitant au
.....
Numéro de la pièce d'identité :
Le patient est accompagné de

Le patient déclare avoir été victime de
.....
.....
.....
.....

Je constate ce jour à l'examen :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Examens complémentaires éventuels :
.....

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, le/...../20.....