

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL POUR VIOLENCES

TAMPON

Je soussigné Dr _____

Certifie avoir examiné, le : _____ à _____ heures _____

A la demande de : _____

Mr, Mme, Melle déclarant se nommer : _____

être né(e) le : _____

Résidant : _____

Profession au moment des faits : _____

L'intéressé nous dit avoir été victime de coups et blessures

le : _____ à _____

Détails des circonstances et des plaintes alléguées : _____

L'examen clinique met en évidence les lésions physiques(localisations et mensurations)et psychologiques suivantes: _____

Des examens complémentaires ont été effectués montrant :

On note dans les antécédents pouvant interférer avec les lésions décrites :

Traitement prescrit : oui ☐ non ☐

Orientation vers un psychologue : oui ☐ non ☐

Les lésions constatées ce jour justifient une ITT de _____
jours, sous réserve de complications, ainsi qu'un arrêt de travail de
_____ jours, à compter du _____

Certificat remis en main propre (représentant légal), pour faire valoir ce que de droit.

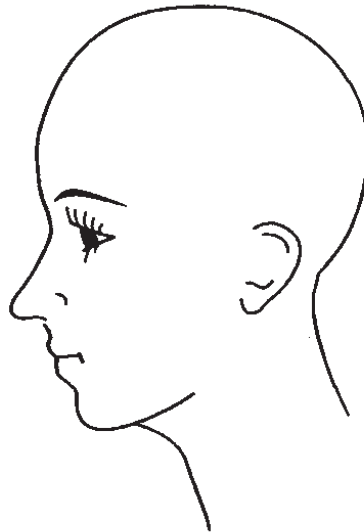
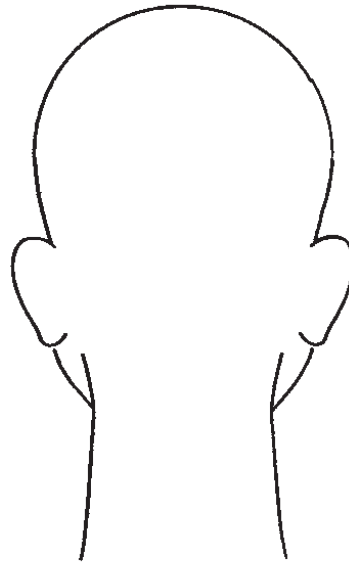
Fait le

Signature



le: à: heures

nom: prénom:



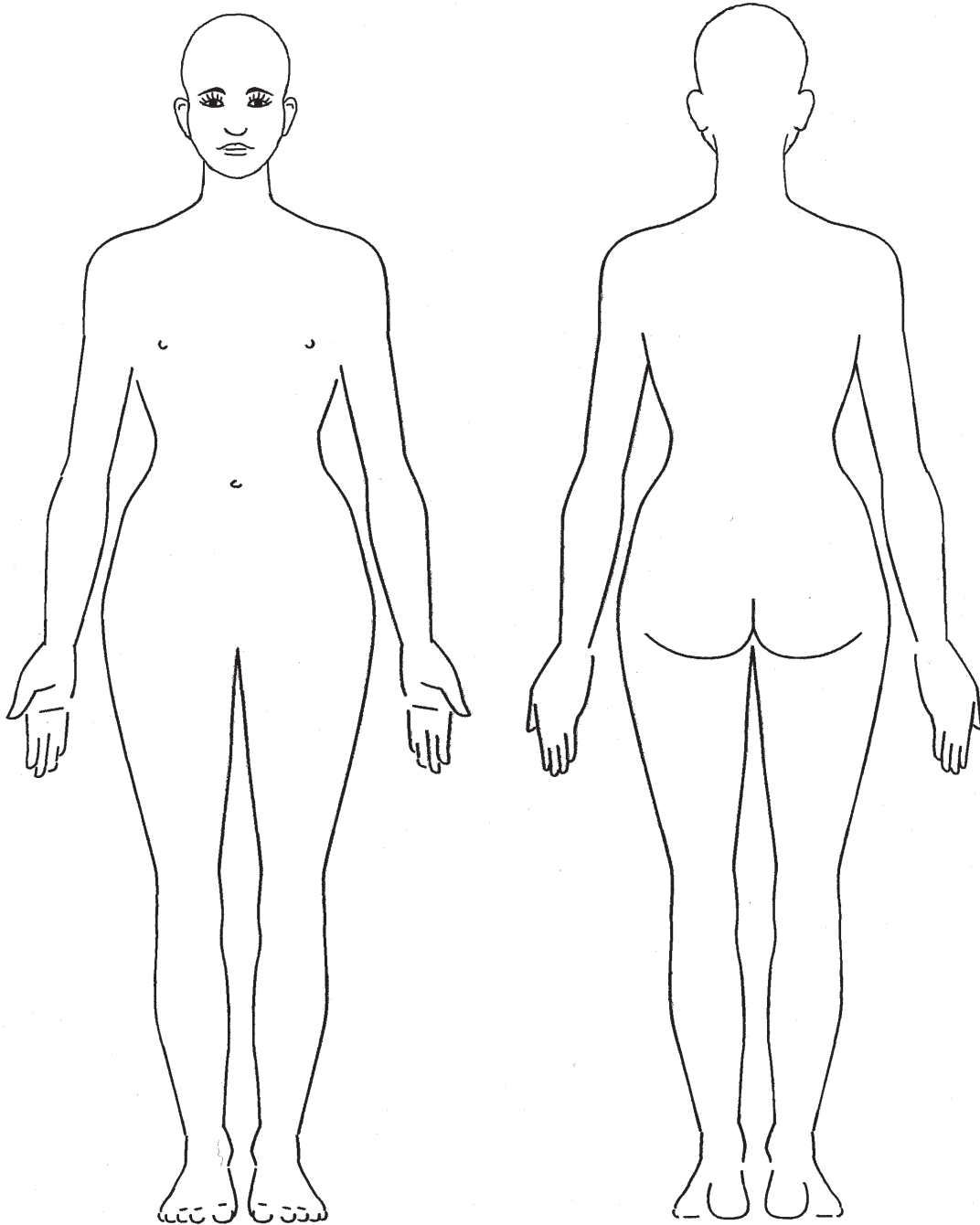
Profil gauche

TAMPON

	CONTUSIONS
	HÉMATOMES
	PLAIES

le: à: heures

nom: prénom:



TAMPON