

**Certificat Médical** (à compléter par le médecin)  
Doit être renvoyé dans un délai raisonnable au destinataire.

**DESTINATAIRE**

BUREAU DIOCESAIN DE LIEGE  
Rue du Vertbois 27/011 - 4000 LIEGE  
Tel.: Sinistre: 04/232.71.72 Général:  
04/232.71.71 Fax: 04/232.71.70

NOM ET PRENOM DE LA VICTIME : .....

DATE DE L'ACCIDENT : ..... REF SINISTRE : .....

Etablissement scolaire : .... **COLLEGE STE-CROIX 4280**  
**ET NOTRE-DAME HANNUT**

N° de police : . **5714674043** **VIE PRIVEE**  
**PROFESSEURS**

<p>Jour, heure et endroit du premier examen</p> <p>DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION</p> <p>Signes objectifs : (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes)</p>	..... ..... ..... .....
Symptômes SUBJECTIFS accusés par le blessé	.....
Date et origine des lésions d'après le blessé	.....
Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables, l'origine signalée par le blessé, la date indiquée par lui. Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous ?	..... ..... .....
Le blessé peut-il continuer à travailler totalement ou partiellement ? Si non, à quelles date a-t-il dû cesser le travail ?	..... .....
Quelle sera approximativement la durée du traitement ?	.....
PRONOSTIC : A- Guérison complète B - Invalidité permanente totale ou partielle C - Mort	..... ..... .....
N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ? Infirmités antérieures :	..... .....
Des soins constants sont-ils donnés ? Où et par qui ?	.....
Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologiste etc... et pourquoi ?	..... .....
Jugez-vous de l'intérêt du blessé ou de la compagnie de faire hospitaliser la victime ? Pourquoi ?	.....
Observations particulières :	.....

Fait à ..... le .....20...  
Nom et adresse ou cachet du médecin

Signature du médecin

**DOCUMENT A RENVOYER COMPLETE ET SIGNE  
AU BUREAU DIOCESAIN DE LIEGE ASBL**

Rue du Vertbois, 27/011 - 4000 LIEGE -Tél. 04/232.71.72

www.bdl.be

NOM ET PRENOM DE LA VICTIME : .....

DATE DE L'ACCIDENT : .....REF SINISTRE : .....

Etablissement scolaire : . **COLLEGE STE-CROIX** **4280**  
**ET NOTRE-DAME** **HANNUT**

N° de police : . **5714674043** **VIE PRIVEE**  
**PROFESSEURS**

**ATTESTATION D'INTERVENTION MUTUELLE**

**A REMPLIR PAR LA MUTUELLE**

**A REMPLIR PAR LE TITUTAIRE**

Le soussigné (nom et prénom).....

Nom et prénom de l'affilié .....

déclare que la mutuelle.....

Adresse : .....

est intervenue dans les frais causés par l'accident

Téléphone : .....

cité ci-contre à concurrence des montants

n° d'inscription mutuelle : .....

mentionnés ci-dessous :

Nom des prestataires de soins (médecin, ambulance, clin.)	N° et date de la prestation ou de la facture	intervention de la Mutuelle	Montant réel des frais	solde à charge de l'affilié	Frais pharmaceutiques (joindre pièces justificatives (Mod 704 F.))

Signature du délégué et cachet de la Mutuelle

Le soussigné prie la compagnie d'assurances de bien vouloir régler le montant de son intervention par virement au compte n° \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Le .....20...

Date et signature

**Important:** A ce document doivent obligatoirement être annexés les originaux des factures, attestations de soins et reçus détaillés de tous les frais réclamés ci-dessus.