



Déclaration - Fédération Judo

Certificat Médical de Guérison - A remplir par votre médecin

Nos références/n° de dossier :

**Le certificat médical peut être renvoyé avec la mention « A l'attention du médecin-conseil d'AG Insurance »
par E-mail ou par voie postale vers :**

E-mail : sinrcsud.broker@aginsurance.be

Courrier postal : AG Insurance, Boulevard Emile Jacqmain 53 à 1000 Bruxelles

Le soussigné, docteur en médecine,

Nom :

Adresse :

Code postal : Localité :

certifie avoir interrogé et examiné personnellement :

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

Né(e) le : / / à (lieu) :

qui ☐ a été victime d'un accident survenu le : / / ☐ est atteint d'une maladie depuis le : / /

Conséquences de l'accident ou de la maladie :

- La victime est ☐ encore en traitement ☐ guérie depuis le / /
- La victime est guérie : ☐ sans incapacité permanente ☐ avec une incapacité permanente de : %
☐ sans invalidité permanente ☐ avec une invalidité permanente de : %
- Les lésions permanentes sont les suivantes :
.....
.....

- Les périodes et pourcentages d'incapacité sont les suivants :

du / /	au / /	inclus à %
du / /	au / /	inclus à %
du / /	au / /	inclus à %
du / /	au / /	inclus à %

- Informations complémentaires :
.....
.....

Fait le à / /

Signature et cachet du médecin :