

Dossier médical

Le directeur de l'établissement scolaire : : يشهد مدير المؤسسة :
Direction provinciale : : المديرية الإقليمية :
Atteste que l'élève : : أن التلميذ (ة) :
A été victime d'un accident Scolaire Sportif Trajet
Le cachet et signature

Certificat médical initial

Je soussigné(e) docteur :
Nom et prénom(s) :
Certifie avoir examiné en date du [] [] [] [] [] [] l'élève :
Diagnostic (description des lésions initiales) :
Nécessite une hospitalisation Oui Non Durée d'I.T.T. : Jours
Cachet et signature

Certificat médical de guérison

Je soussigné(e) docteur :
Certifie avoir examiné ce jour en date du [] [] [] [] [] [] l'élève :
Séquelles des lésions :
Il est actuellement guéri avec ou sans incapacité permanente partielle (IPP) de :
Cachet et signature du médecin

Commission médicale provinciale

Je soussigné(e) docteur :
Certifie avoir examiné à la commission médicale en date du [] [] [] [] [] []
A la demande de : l'élève :
Actuellement : Guéri : Consolidé :
Description détaillée des séquelles :
IPP estimé :
Cachet et signature de la commission médicale