

Certificat médical à faire compléter pour l'assurance scolaire

Athénée Royal Mons 1 Section fondamentale

3, rue Fétis 7000 Mons

Nom, prénom et adresse du médecin		
Date du premier examen		
Lésions (indiquer la nature des blessures et les parties du corps atteintes)		
Où la victime est-elle soignée ?		
La victime peut-elle se déplacer ?	OUI	NON
Durée probable du traitement		
Conséquences probables de l'accident		
Y a-t-il concours d'un état antérieur (infirmités, accident ou maladie) ?	OUI	NON
Si oui, lesquels ?		
A. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ?	OUI	NON
Si oui laquelle ?		
B. Une radio de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été faite ?	OUI	NON
C. Désirez-vous l'intervention d'un autre spécialiste ?	OUI	NON
Si oui lequel ?		
Observations éventuelles		

Fait à le

Signature (cachet)

N° DE DOSSIER :

(à compléter par l'école assurée)

Coordonnées de la victime : (à compléter par la famille)

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :
.....

RESPONSABLE LÉGAL : NOM :
PRÉNOM :

N° COMPTE : Quelle banque ?

Code

BE																			
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DE GSM :

ADRESSE MAIL : @

Votre enfant est-il couvert par :

UNE ASSURANCE SANTE COMPLEMENTAIRE OUI - NON

Si oui chez quel assureur ?

UNE ASSURANCE HOSPITALISATION OUI - NON

Si oui chez quel assureur ?

VIGNETTE MUTUELLE À COLLER

