



# UNION EUROPÉENNE

ASSURANCE ACCIDENTS & MALADIES PROFESSIONNELLES

## CERTIFICAT MEDICAL DE SUIVI

A envoyer de préférence par voie électronique via le bouton « nous contacter » disponible depuis la page thématique accident <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/FR/health/specific-events/Pages/accident.aspx?ln=fr>. Une copie est suffisante, il n'est pas nécessaire de nous envoyer l'original par courrier. Si vous préférez la voie papier, merci de l'adresser au contact suivant : Unité Assurance maladie et accidents - Secteur Accidents B- 1049 Bruxelles

Je, soussigné(e) Docteur

.....  
.....  
.....(nom et adresse du cabinet de consultation)

Déclare que M\* (n° de personnel \*) (D\*)  
Suite à l'accident du \* (n° de dossier \*)

- est encore en traitement et que son état de santé ne peut pas être considéré comme stabilisé.**
- Traitement en cours (à compléter obligatoirement):  
.....  
.....
  - Date probable de consolidation (si elle n'est pas encore prévisible, indiquer la date à laquelle s'achève le traitement en cours):  
.....

- n'est plus en traitement thérapeutique améliorant et que son état de santé est stabilisé (consolidé) avec les séquelles résiduelles suivantes (des feuillets supplémentaires numérotés peuvent être joints):**
- .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- est guéri(e) des séquelles de son accident.**

Date: .....

Cachet et signature  
(obligatoire)