

# Certificat médical - Accidents du travail et assimilés

Collaborateurs statutaires des Chemins de fer belges

Veillez compléter ce certificat en tenant compte :

1. uniquement des lésions et des incapacités causées ou aggravées par l'accident
2. de la possibilité d'exercer un travail adapté ou après 30 jours consécutifs d'incapacité totale, un travail à temps partiel médical, le cas échéant complétez le volet A. En cas d'incapacité temporaire totale, passez directement au volet B.

A renvoyer à:  
HR Rail - Accidents@Work  
10-04 H-HR451 - Rue de France 85  
1060 Bruxelles  
atao@hr-rail.be

## Données d'identification de la victime

Nom et prénom : POPLIMONT NICOLAS  
 Nr d'identification : 6805-8000-8  
 Nr téléphone : 0495/224411  
 e-mail : nicolas.poplimont@gmail.com

Collez une vignette de mutuelle

## VOLET A - INCAPACITÉ DE TRAVAIL TEMPORAIRE PARTIELLE

a) Date et heure de l'EXAMEN.	J'ai examiné : <u>poplimont nicolas</u> le <u>1.10.25</u> à <u>11h00</u>
b) Date et heure de l'ACCIDENT.	Suite à l'accident du travail dont il/elle a été victime le <u>10.12.2012</u> à <u>.....</u> h.....
c) LÉSIONS : nature, siège et origine probable des lésions	l'accident du travail a causé les lésions suivantes : <u>Genou gauche</u> <u>Choc de perforation de l'oreille</u> Traitement et radiographies : <u>injéctions antifloges + SPN + PRP</u>
d) CONSEQUENCES	Ces lésions ont pour conséquence immédiate une incapacité de travail temporaire <b>PARTIELLE</b> du <u>01.10.25</u> au <u>30.10.25</u> inclus  Au cours de cette période, le patient est : <input type="checkbox"/> apte au travail sous réserve des restrictions suivantes : ..... <input checked="" type="checkbox"/> (uniquement après 30 jours consécutifs d'incapacité totale) apte à travailler à temps partiel à : <input type="checkbox"/> 40% <input checked="" type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 80% Remarques : .....
e) CERTIFICAT	Il s'agit d'un(e) : <input type="checkbox"/> Premier certificat <input checked="" type="checkbox"/> Prolongation <input type="checkbox"/> Rechute
f) ANTECEDENTS médicaux	En cas d'aggravation d'un éventuel état antérieur par l'accident du travail, décrivez ici l'état antérieur du patient : .....
g) LIEUX de soins.	La victime a été : <input checked="" type="checkbox"/> Soignée à domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisée <input type="checkbox"/> Autre : .....
Rédigé le <u>01/10/25</u> à <u>Cossinnes</u>	
N° téléphone: .....	
Signature et cachet	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>Dr. LUMEN EDDY Médecine générale 1.585.3.82.003 Tél: 0493.15.19</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Dr. LUMEN EDDY Médecine générale 1.585.3.82.003 Tél: 0493.15.19</p> </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><i>Lumen eddy</i></p> </div> </div>