



l'Escout

DENOMINATION OU CACHET DE L' ETABLISSEMENT SCOLAIRE	IMPORTANT DOCUMENT A RENVoyer COMPLETE ET SIGNE AU : BUREAU DIOCESAIN D'ASSURANCES INSPECTION DU HAINAUT RUE SAINT JACQUES, 5 7500 TOURNAI ☎ 069/22.67.85 ☎ 069/84.13.69
--	--

POLICE N°

DATE DU SINISTRE :

VICTIME :	NOM	Prénoms
	ADRESSE	
	DATE DE NAISSANCE	

1. DATE, HEURE ET ENDROIT DU PREMIER EXAMEN	REPOSES
2. DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION, SIGNES OBJECTIFS (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes) :	
SYMPTOMES SUBJECTIF ACCUSES PAR LE BLESSE :	
3. DATE ET ORIGINE DES LESIONS D'APRES LE BLESSE :	
4. LES CONSTATATIONS OBJECTIVES RENDENT-ELLES VRAISEMBLABLES OU INVRAISEMBLABLES A) L'ORIGINE SIGNALEE PAR LE BLESSE ? B) LA DATE INDIQUEE PAR LUI ? DANS LA NEGATIVE, SUR QUELLES CONSTATATIONS VOUS BASEZ-VOUS ?	
5. LE BLESSE PEUT-IL CONTINUER SES OCCUPATIONS TOTALEMENT OU PARTIELLEMENT ? A QUELLE DATE A-T-IL DE LES CESSER ?	
6. PREVISION : A. GUERISON COMPLETE ? B. INCAPACITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE ? % ? C. DECES ?	
7. N'Y-A-IL RIEN CHEZ LE BLESSE QUI PUISSE NORMALEMENT AGGRAVER LES CONSEQUENCES DU SINISTRE ? INFIRMITES ANTERIEURES ?	
8. LES SOINS AU BLESSE SONT-ILS CONTINUES ? OU ET PAR QUI ?	
9. JUGEZ-VOUS UTILE : DE FAIRE INTERVENIR UN AUTRE MEDECIN ? D'HOSPITALISER LA VICTIME ?	
10. OBSERVATIONS PARTICULIERES :	

FAIT A LE,
Nom et adresse ou cachet du médecin :

SIGNATURE DU MEDECIN