



# DÉCLARATION D'ACCIDENT – Certificat médical

2800985000000Q  
2800986000000W

**IMPORTANT : L'ensemble des documents nécessaires à l'étude du dossier est à adresser à Axa Santé et Collectives - Direction Santé Prévoyance - Service Clients Associations - TSA 10800 - 92727 NANTERRE Cedex – en indiquant sur l'enveloppe « Lettre confidentielle, à l'attention du médecin conseil »**

## ATTESTATION MÉDICALE INITIALE

Je soussigné(e) docteur ..... certifie avoir examiné ce jour,

Monsieur / Madame .....

À la suite de l'accident du .....

Date du constat des blessures par un médecin : .....

Descriptif des blessures : .....

.....

.....

.....

L'accident nécessite-t-il des frais médicaux ?  Oui  Non

L'accident nécessite-t-il une hospitalisation ?  Oui  Non

Durée de l'hospitalisation ..... jours

Établissement / service : .....

Nature des traitements / Soins en cours : .....

.....

.....

L'accident nécessite-t-il un arrêt de travail ?  Oui  Non

Date de début de l'arrêt de travail : ...../...../..... Date prévue de fin d'arrêt de travail : ...../...../.....

Fait à : .....

Le : .....

Signature et cachet du médecin

