



### Dossier Médical

Le Directeur de l'établissement scolaire : ..... يشهد مدير مؤسسة :  
 Délégation : ..... نيابة :  
 Atteste que l'élève : ..... أن التلميذ :  
 A été victime d'un accident :  scolaire  sportif  trajet  
 Le : ..... Cachet et signature.

### Certificat Médical Initial

Je soussigné Docteur : .....  
 Nom et Prénom : .....  
 Qualité : ..... Tél.: ..... Fax : .....  
 Certifie avoir examiné en date du ..... /..... /..... l'élève : .....  
 Diagnostic (description des lésions) : .....  
 Nécessite une hospitalisation  Oui  Non  
 Durée d'I.T.T. : ..... Jours.  
 Cachet et signature.

### Certificat Médical de Guérison

Je soussigné Docteur : .....  
 Certifie avoir examiné ce jour en date du ..... /..... /..... l'élève : .....  
 Il est actuellement guéri avec ou sans incapacité permanente partielle (IPP) de : .....  
 Cachet et signature du médecin.

### Commission Médicale

Je soussigné Docteur : .....  
 Certifie avoir examiné à la commission médicale en date du ..... /..... /.....  
 A la demande de : ..... L'élève : .....  
 Etablissement : .....  
 Nature de l'affection et des lésions : .....  
 Taux d'IPP arrêté : .....  
 Cachet et signature  
 de la commission médicale.