

CERTIFICAT

Je soussigné(e),

DR GERABET

Médecin, certifie avoir examiné ce jour, le 06/05/2012 à h

M. me NARQUET - Etoile

Accidenté(e) (1) le

Alléguant avoir été victime du coups et blessures (1).

Le 06/05/2012

Autres (1) (décès, constatations, arrêt sport...)

Et avoir constaté ce qui suit :

Antécédent de lombalgie Aigues sur lombalgie Chroniques

La durée d'Incapacité Totale de Travail Personnel sera de 02 Jours (2) (sauf complications)

La durée initiale d'Arrêt de Travail ou de sera de Jours (2)

La durée initiale de soins sera de Jours (2) (facultatif)

(1) Rayer la mention inutile

(2) En lettres

Aix-en-Provence, le

06/05/2012 sans complications

Signature

DR GERABET

SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES
D' ZUNINO
N° RPPS : 1000 33 56 036
Médecin Prescripteur :