



CNIA SAADA
Assurance

المملكة المغربية



وزارة التربية الوطنية

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.