



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service prestations périodiques

Correspondant :
Vincent De RuyterTéléphone :
02/509 20 70email :
prestationsperiodiques-om@onssrszss.fgov.be**A5 - CERTIFICAT MEDICAL DE CONSOLIDATION** A faire compléter, signer et à renvoyer au service.

1. Nom et adresse du médecin	
2. Nom, prénom et adresse de la victime	
3. Les lésions sont consolidées depuis le	
4. Description des lésions persistantes	
5. Pourcentage probable d'incapacité permanente de travail, suivant le Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.) ou le Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique.% (probablement)

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

 Fait à....., le

(Cachet du médecin et signature)