

## Certificat médical accident Paxivie

Document médical confidentiel à compléter par un MÉDECIN  
destiné au MÉDECIN CONSEIL de la mutuelle TUTÉLAIRE

**Document à renvoyer complété à :**  
**Tutelaire - Paxivie - Médecin conseil - 45 rue Eugène Oudiné - 75013 Paris**

### ■ Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### ■ Nature des blessures

Date de l'accident \_\_\_\_\_

|                   |                                     |                                     |                                      |                                   |                                 |                                  |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Type d'accident : | du travail <input type="checkbox"/> | domestique <input type="checkbox"/> | touristique <input type="checkbox"/> | scolaire <input type="checkbox"/> | loisir <input type="checkbox"/> | sportif <input type="checkbox"/> |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

Circonstances : \_\_\_\_\_

Description détaillée et retentissement fonctionnel des blessures : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation d'un médecin : \_\_\_\_\_

Résultats des examens réalisés : \_\_\_\_\_

S'agit-il d'une rechute d'accident ? oui  >> Si oui, date de l'accident initial : \_\_\_\_\_  
non

Y a-t-il un état de santé antérieur susceptible d'aggraver les conséquences de l'accident ? oui  non

Précisez : \_\_\_\_\_

