

**OVERSEAS CONTACT**

Amélie Elie  
02 509 38 22  
Pascale Domken  
02 509 20 84  
[prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be](mailto:prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be)

**ADRESSE**

Place Victor Horta 11  
1060 Bruxelles

## A5 - CERTIFICAT MEDICAL DE CONSOLIDATION

À faire compléter, signer et à renvoyer au service

1. Nom et adresse du médecin	
2. Nom, prénom et adresse de la victime	N° d'affiliation : _____/_____
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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature\*

(\* Signature électronique et manuscrite autorisées