



**Modèle de certificat médical masseur-kinésithérapeute  
EN CAS DE VIOLENCE SUR PERSONNE MAJEURE  
Sur demande de la personne et remis en main propre  
Validée par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes  
Un double doit être conservé par le masseur-kinésithérapeute**

Prénom et nom du masseur-kinésithérapeute :

Adresse professionnelle :

N° RPPS :

N° d'inscription au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes :

Je certifie avoir examiné (*date en toutes lettres*) :

à (*heure*) :

à (*lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre*) :

Madame ou monsieur (*prénom et nom*)<sup>1</sup> :

né le (*en toutes lettres*) :

Domicilié à :

Age de la grossesse (*le cas échéant*) :

**FAITS :**

La personne déclare « j'ai été/je suis :

**DOLEANCES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE :**

Elle dit se plaindre de<sup>2</sup> : «

<sup>1</sup> En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... »

<sup>2</sup> Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri. Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signaler le caractère répétitif.



**LA PERSONNE PRESENTE A L'EXAMEN :**

Sur le plan physique :

Sur le plan psychique :

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, madame, monsieur (*prénom, nom, adresse*) :

Certificat établi le (*date et heure*)

à (*lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre*) :

à la demande de madame, monsieur (*prénom et nom*)

et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature (et cachet) d'authentification :