

CERTIFICAT MEDICAL (AT/MP)

- Constatation initiale
- Prolongation d'arrêt de travail
- Guérison ou consolidation finale

N° du sinistre :

Je soussigné (Nom et prénoms) :Professeur (Docteur) en médecine

Adresse personnelle : BP :Tél :

exerçant pour le compte de l'hôpital ou de la clinique (nom ou raison sociale) :

Adresse: BP :Tél :Fax

Après avoir examiné (Nom et prénoms de la victime) :

Nom de jeune fille :..... N° CNSS : Sexe :

Nationalité :.....Date de naissance..... : Lieu de naissance :.....

Pièce d'identité N° :.....Nature :..... Date d'établissement :

Adresse personnelle :..... B.P : Tél :..... E.mail :

Victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle survenue ou constatée pour la première fois le à

alors qu'il était au service de (Nom ou raison sociale de l'employeur) :Sigle :.....

N° CNSS employeur :..... adresse : B.P :.....

Tél : Fax : E.mail :

Atteste ce qui suit :

Arrêt ou reprise de travail :

La victime bénéficie d'un repos médical (ou d'une prolongation) de Jours.

Sauf cas de complications, la victime peut reprendre le travail à compter du, sans soins ou avec des soins pendant encore jours

La victime ne peut plus reprendre le travail de façon définitive.

Taux IPP à prévoir : Vu les lésions subies

Il y a lieu de prévoir un taux d'incapacité permanente partielle de%

La victime n'a pas de séquelles invalidantes.

Fait à Le

(Signature et cachet du Médecin)