

A DETACHER SUIVANT LE POINTILLE

ACCIDENT DU TRAVAIL

Imp. LT. SERVICES

CERTIFICAT FINAL DESCRIPTIF

à adresser par le praticien à la victime de l'accident du travail
(GUERISON OU CONSULTATION)

Je, soussigné, Docteur en Médecine,

Nom, prénoms :

Après avoir examiner M :

demeurant à

Victime d'un accident du travail le :

au service de M :

(Nom, adresse et nature de l'exploitation)

N° de l' employeur (à remplir par la C.C)

Ai constaté et certifie ce qui suit :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Peut reprendre son travail

Le(01) { Sans autres soins
avec soins pendant encore..... jours

A repris son travail le (1) :

Date de guérison (1) :

Date de consolidation (1) :

La blessure (1) { n'entraîne pas d'incapacité permanente partielle.
entraîne une incapacité permanente partielle de

Fait le

Signature du Médecin

(1) Rayer la mention inutile.