

ACCIDENT DU TRAVAIL



CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

à adresser par praticien à la C.N.S.S. ou à ses annexes

Je, soussigné, Docteur en Médecine

Nom, Prénoms :

Après avoir examiné M.

(Nom en capitales d'imprimerie)

âge :

demeurant à

Lequel (2) { s'est présenté muni d'une feuille d'accident délivrée par: M (1) : N° Employeur (à remplir par C.C) [] m'a déclaré avoir été victime d'un accident du travail au service de M.

Date de l'accident : Ai constaté et certifie ce qui suit :

a) Siège de la blessure :

b) Nature des lésions :

Conséquences et suites éventuelles :

doit (2) { arrêter le travail pendant à compter du observer le repos au lit Garder la chambre

Heure de sorties autorisées de à

(2) Doit prolonger pendant Jours l'arrêt de travail prescrit par certificat du Peut continuer le travail avec soins pendant

Il y a lieu (2) { de prévoir une incapacité permanente.

Il n'y a pas lieu Signature du Médecin

Fait le

(1) Nom, adresse et nature de l'exploitation.

(2) payer la mention ci-dessus.