SECURITE SOCIALE

Agence

Centre de paiement

Référence :

ACCIDENTS DU TRAVAIL

CERTIFICAT DESCRIPTIF

☐ de guérison
☐ de consolidation

à établir en deux exemplaires :

— Original destiné à la caisse de Sécurité sociale,
— double à remettre à la victime.

Je soussigné, Docteur .....
(En lettres d'imprimerie)

Grade et spécialité : .....

Adresse : .....

après avoir examiné M .....
(Nom en lettres d'imprimerie)

Victime d'un accident de travail le |_|_|_|_|_|_|

né(e) le |_|_|_|_|_|_|

N° d'immatriculation

constate et certifie ce qui suit .....

.....

.....

En conséquence de quoi, je déclare que :

☐ L'intéressé(e) est guéri(e) le |_|_|_|_|_|_|

☐ L'intéressé(e) peut reprendre son travail le |_|_|_|_|_|_|

☐ (1) l'état de l'intéressé(e) a été considéré consolidé le |_|_|_|_|_|_|

☐ La blessure de l'intéressé(e) entraine une incapacité partielle ou totale évaluée à |_|_|_| % (à titre indicatif)

Fait à .....,le.....

Cachet et Signature du médecin

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

Imp. CNAS 12 . 92 - AT 4