

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL OU DE PROLONGATION

Agence
Centre de paiement

à établir en 3 exemplaires : 2 exemplaires à adresser à la caisse dont 1 au service de prévention, le 3ème exemplaire à remettre à l'intéressé.

Référence :

(1) MALADIE PROFESSIONNELLE - (1) MALADIE A CARACTERE PROFESSIONNEL
(voir tableaux des maladies professionnelles)

Je soussigné, Docteur

Spécialité et grade

Adresse

certifie avoir examiné M

né (e) le

Numero d'immatriculation

employé(e) actuellement par :

(identité ou raison sociale de l'employeur)

en qualité de : au poste de :

Nature du travail effectué au moment de l'exposition ou risque

Constata et certifie ce qui suit : (2)

Son état nécessite un arrêt de travail de : jours

il présente une incapacité permanente de : %

Fait à , le

Cachet et Signature du Medecin

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

(2) Fournir toutes indications utiles sur la maladie et ses symptômes, indiquer si possible la durée de la maladie et éventuellement spécifier si elle doit entraîner une incapacité de travail.