

Agence
Centre de paiement

**CERTIFICAT MEDICAL
INITIAL OU DE PROLONGATION**

à établir en 2 exemplaires :
- Original destiné à la Sécurité Sociale
- Double à remettre à la victime.

Je soussigné, Docteur
(en lettres d'imprimerie)

Grade et Spécialité

Adresse

après avoir examiné M

né (e) le
(en lettres d'imprimerie)

Numéro d'immatriculation

demeurant à :

lequel m'a déclaré avoir été victime d'un accident du travail le

à heures au service de :

Nom et raison sociale :

Numéro d'immatriculation

constate et certifie ce qui suit :

a) siège des lésions :

b) nature des lésions :

c) pronostic :

En conséquence de quoi je lui prescris.

(1) un arrêt de travail de jours, à compter du

(1) de prolonger de jours l'arrêt de travail prescrit par le certificat
du

(1) de continuer le travail avec soins pendant jours

(1) il y a lieu de prévoir une incapacité permanente.

(1) il n'y a pas lieu de prévoir une incapacité permanente.

Fait à , le

Cachet et Signature du Médecin,

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.