|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **ENREGISTREMENT**  | **Réf. : EN-GDATMP-02****Version : 03**Page 1 / 1 |
| **CERTIFICAT MEDICAL** **AT/MP** |

🞎 CONSTATATION 🞎 PROLONGATION 🞎 CONSOLIDATION 🞎 GUERISON

|  |  |
| --- | --- |
|  | **N° SINISTRE** /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

*Je soussigné (e)* ***Nom et Prénoms*** *………………………………………...………………………. Docteur en médecine*

*demeurant à :* ***Ville*** *…………………..………………...…..……...* ***Quartier :****……………...……...…………..……..………..*

***Adresse postale :*** *…………………..…...…****Téléphone :****……………….……..…..* ***Cellulaire:****………………………..……..*

***Email :*** *………………………………………………….…..…..* ***N° CNPS praticien*** */\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*après avoir examiné M. (Nom)……………………….………..… (Prénoms)…………………………………..……………*

***N° CNPS salarié*** */\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/*

*au service de (****nom ou raison sociale employeur****) ………………………….……...………………………………………*

***N° CNPS Employeur*** */\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/* ***Adresse postale :*** *………………………………………...…………*

*Victime de (1)* 🞎 ***Accident du Travail*** 🞎 ***Maladie Professionnelle*** 🞎 ***Accident de Trajet***

***en date du*** */\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

***Antécédents médico-chirurgicaux :***

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………..*

*Établit le diagnostic suivant :*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*Date arrêt du travail /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (****obligatoire****)*

*Durée de l’incapacité temporaire : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ jours sauf complications (****obligatoire****)*

🞎 *Reprise du travail : date /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (****obligatoire****)*

🞎 *sans soins* 🞎 *avec soins, pendant encore /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ jours*

🞎 *le salarié ne peut reprendre le travail de façon définitive.*

*Fait à ……………………………le,.……/….…/…………..*

 *(****Signature et cachet du médecin****)*