

certificat médical

accident du travail maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)
 initial de prolongation
 final de rechute

Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)
régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation :
nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :
prénom :
adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :
code postal : ville : n° téléphone :
batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence
s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?
date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : (voir notice ①)
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)
(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur
nom, prénom ou dénomination sociale :
adresse :
n° téléphone :
courriel :

les renseignements médicaux

● **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

● **conséquences**
- soins (sans arrêt de travail) jusqu'au :
- arrêt de travail jusqu'au :
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)
- en chiffres :
inclus

sorties autorisées : oui à partir du : non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)
par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du : (voir notice ④)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du : au :
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)

- reprise de travail à temps complet le : (voir notice ⑥)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ⑦)

● **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑧)
guérison avec retour à l'état antérieur date :
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date :
consolidation avec séquelles date :

identification du praticien (nom et prénom) : identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

identifiant : n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET)

date : signature du praticien

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).