

Certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

initial de prolongation
 final de rechute

Volet I, à adresser
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)

général agricole autre lequel ? :

Matriculation **161072142300114**
(de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

GRAS Bernard

Le domicile peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

ville : n° téléphone :

escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

La visite de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

est-il le résultat d'un accident du travail ?

ou d'une maladie professionnelle ?

Date de la 1^{re} constatation médicale de la maladie professionnelle **17012017** (voir notice ①)

La feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

La présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

1^{re} dénomination sociale :

domaine AF Gros - domaine Philippe

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

Les symptômes sont détaillés (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ②)

**Spondylolisthésis opéré, arthrose L5-S1
lombo-sciatalgies persistantes**

Les arrêts de travail) jusqu'au

travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres :

à partir du 30 06 2019

inclus

Les sorties médicales : oui à partir du non

à être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ③)

Les sorties, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

oui à partir du **27032019** (voir notice ④)

Les sorties d'un travail léger pour raison médicale du au

(Code sécurité sociale. Voir notice ⑤)

Les sorties de travail à temps complet le (voir notice ⑥)

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

Les renseignements (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑧)

Retour à l'état antérieur date

Retour à l'état antérieur avec possibilité de rechute ultérieure date

Retour à l'état antérieur avec séquelles date

Identification du praticien
(nom et prénom)

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

OT Eric