

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 feuille 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^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle **17012019** (voir notice ④)

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

La dénomination sociale :

domaine AF Gros - domaine Philippe

n° téléphone :

courriel :

les renseignements médicaux

Les descriptions détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ④)

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

Les arrêts de travail : jusqu'au

Le travail jusqu'au

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

à partir du 30 06 2019

inclus

Les visites 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 ④)

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

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

Le travail d'un travail léger pour raison médicale du au

(Code sécurité sociale. Voir notice ④)

Le travail à temps complet le (voir notice ④)

Le certificat médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ④)

(à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ④)

Retour à l'état antérieur date

Rechute avec possibilité de rechute ultérieure date

Présence de séquelles date

La qualification du praticien
(nom et prénom)

OT Eric

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