

# certificat médical

## accident du travail

## maladie professionnelle

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

Volet 1, à adresser  
au 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 179 07 63 300 023 17  
nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) : BASSET  
prénom : Nicolas  
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<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle 29 09 2020 (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)  
lombalgies

● conséquences  
- soins (sans arrêt de travail)  jusqu'au  
- arrêt de travail  jusqu'au 23 10 2020 inclus  
en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) 29 septembre 2020  
et  
en chiffres : 23 10 2020

sorties autorisées : oui  à partir du 16 10 2020 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)  
duplicate

● 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)  
Docteur PINGOT Eric

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

01 Médecine Générale  
Conventionne  
date 16 10 2020 signature du praticien =>

21630 POMMARD  
21 1 02910 3 00 1 20 1 01 n°AM  
CM-PRE S6909e