

# certificat médical

## accident du travail

## maladie professionnelle

n° 11138\*05  
CM-PRE

(ne cocher qu'une seule case)

initial  de prolongation  
 final  de rechute

Volet 1, 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)

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  
Nicolas

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<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)

lombalgie

### ● conséquences

- soins (sans arrêt de travail)  jusqu'au

- arrêt de travail  jusqu'au

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

pendant vingt trois octobre 2020  
23 10 2020 inclus

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

- reprise de travail à temps complet le (voir notice ⑤)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ⑥)

duplicate

### ● conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ⑦)

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

01 Médecine Générale

Convention

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

17 Rue Notre Dame

21630 POMMARD

date 16 10 2020 signature du praticien => 21 1 02910 3 00 1 20 1 01 n°AM

CM-PRE S6909e