

**accident ou travail
maladie professionnelle**

initial de prolongation
 final de rechute

(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 **161072142300114**

nom de famille (de naissance suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

G RAS Bernard

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 **17 01 2017** (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 : **dominic AF gues - domaine Philippon**

adresse : n° téléphone :
courriel :

les renseignements médicaux

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

**Spondylolisthésis opéré, arthrodèse LS S1
lombosciatalgies persistantes**

● **conséquences**

- soins (sans arrêt de travail) jusqu'au

- arrêt de travail jusqu'au

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

**truite et un mois 2019
31 03 2019** 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 **26 12 2018** (voir notice 3)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du au

- reprise de travail à temps complet le (voir notice 3)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice 3)

● **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 3)

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)

date **26 12 2018** signature du praticien