



Visa de la Structure

## CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL OU DE PROLONGATION

A établir en 02 exemplaires :

- Original destiné à la caisse de sécurité sociale.
- Double à remettre à la victime.

Référence : .....

Je soussigné, Docteur :<sup>(1)</sup> .....

Grade et spécialité : .....

Adresse professionnelle : .....

Après avoir examiné M. :<sup>(1)</sup> .....

Date de naissance : | | | |

N° Immatriculation \_\_\_\_\_

Demeurant à : .....

Lequel m'a déclaré avoir été victime d'un accident du travail le : | | | |

à | | heures, au service de : .....

Nom ou raison sociale : .....

N° Adhérent \_\_\_\_\_

Constate et certifie ce qui suit :

a) Siège des lésions : .....

b) Nature des lésions : .....

c) Pronostic : .....

En conséquence de quoi je lui prescris :

(2)  Un arrêt de travail de : | | jours, à compter du : | | | |

(2)  Une prolongation de : | | jours, à compter du : | | | |

(2)  De continuer le travail avec soin pendant : | | jours.

(2)  Il y a lieu de prévoir une incapacité permanente.

(2)  Il n'y a pas lieu de prévoir une incapacité permanente.

Fait à ....., le .....

Cachet et Signature du Médecin Traitant

(1) Ecrire en lettres d'imprimerie.

(2) Mettre une croix dans la case correspondante.



## شهادة طيبة أولية أو تدريجية

تحرر في نسختين :  
- الأصلية موجهة إلى صندوق الضمان الاجتماعي.  
- نسخة تسلم إلى الضحية.

تأشيره الهيئة

المرجع :

أنا الطبيب الموقع أسفله :

الرتبة أو الاختصاص :

العنوان المهني :

بعد فحص السيد (ة) :

التاريخ الإزدياد :

الساكن (ة) بـ : رقم التسجيل

الذي صرح بأنه كان ضحية حادث عمل بتاريخ : [ ]

على الساعة : [ ] بمصلحة :

النقب أو الطبيعة الاجتماعية :

رقم المنخرط

أعاني وأشهد بما يلي :

(أ) مكان الضرر :

(ب) طبيعة الضرر :

(ج) تخمين :

وعليه، أصف له ما يلي :

التوقف عن العمل مدة : [ ] يوم ابتداء من : [ ]

تدديد التوقف عن العمل لمدة : [ ] يوم ابتداء من : [ ]

الإستمرار في العمل مع علاج لمدة : [ ] يوم. (1)

مع الأخذ في الحسبان عجز دائم.

مع عدم الأخذ في الحسبان عجز دائم.

حرر بـ ..... في .....

ختم وإمضاء الطبيب المعالج