



CERTIFICAT MÉDICAL DESRIPTIF

(1) De guérison De consolidation

A établir en 02 exemplaires :

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

Visa de la Structure

Référence :

Je soussigné, Docteur : ⁽²⁾

Grade et spécialité :

Adresse professionnelle :

Après avoir examiné M. : ⁽²⁾

Date de naissance : | | | | | | | | | |

N° Immatriculation

Demeurant à :

Victime d'un accident du travail le : | | | | | | | | | |

Constata et certifie ce qui suit :

.....
.....
.....
.....
.....

En conséquence de quoi je déclare que : ⁽¹⁾

L'intéressé(e) est guéri(e) le : | | | | | | | | | |

L'intéressé(e) peut reprendre son travail le : | | | | | | | | | |

L'état de l'intéressé(e) a été considéré consolidé le : | | | | | | | | | |

La blessure de l'intéressé(e) entraîne une incapacité partielle ou totale évaluée à : | | | | | % (à titre indicatif).

Fait à, le

Cachet et Signature du Médecin traitant

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

(2) Ecrire en lettres d'imprimerie.



وزارة العمل والتشغيل و الضمان الإجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء
- حوادث العمل والأمراض المهنية -

شهادة وصفية

(1) للشفاء للجبر

تحرر في نسختين :

- الأصلية موجهة إلى صندوق الضمان الإجتماعي.
- نسخة تسلّم إلى الضحية.

تأشيرة الهيئة

المرجع :

أنا الطبيب الموقع أسفله :

الرتبة أو الإختصاص :

العنوان المهني :

بعد فحص السيد(ة) :

رقم التسجيل

تاريخ الإزداد : | | | | | | | | | |

الساكن(ة) بـ :

ضحية حادث عمل بتاريخ : | | | | | | | | | |

أعابن وأشهد بما يلي :

.....
.....
.....
.....
.....

وعليه، أصرح بأن : (1)

المعني بالأمر قد شفي : | | | | | | | | | |

المعني بالأمر بإمكانه مباشرة العمل يوم : | | | | | | | | | |

المعني بالأمر يعتبر في حالة جبر ابتداء من : | | | | | | | | | |

أدى جرح المعني بالأمر إلى عجز جزئي أو كامل يقدر بـ : | | | | | %

حرر بـ في

ختم وامضاء الطبيب المعالج