



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الإجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

– Accidents du Travail et Maladies Professionnelles –

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 والضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجاء
- حوادث العمل والأمراض المهنية -

شهادة وصفية

(1) ☐ للشفاء ☐ للجبر

تحرر في نسختين :

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

تأشير الهيئة

المرجع :

أنا الطبيب الموقع أسفله :

الرتبة أو الاختصاص :

العنوان المهني :

بعد فحص السيد(ة) :

تاريخ الإزدیاد : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

الساكن(ة) بـ :

ضحية حادث عمل بتاريخ : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

أعاین 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

(1) ضع علامة (X) في الخانة المناسبة.