



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي  
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء

- Assurances Sociales -

Visa de la Structure

**CERTIFICAT MÉDICAL  
D'ARRÊT DE TRAVAIL OU DE PROLONGATION**

A adresser à votre structure de paiement dans les 48h.  
qui suivent le jour de l'interruption du travail.

**Je soussigné(e) :**

Docteur : .....

Grade ou spécialité : .....

Adresse : .....

Certifie, avoir examiné ce jour, à la suite : <sup>(1)</sup> ☐ d'une Maladie ☐ d'un Accident

Pour laquelle - lequel , je prescris : <sup>(1)</sup> ☐ un Arrêt de Travail ☐ une Prolongation

De : ..... Jours, à compter du : ..... avec sorties <sup>(1)</sup> ☐ Autorisées de .....h à .....h <sup>(2)</sup> ☐ Non Autorisées

Fait à ..... le .....

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

(2) Les heures de sortie doivent se situer entre 10 h et 16 h  
sauf indication thérapeutique particulière.

Cachet et Signature,

**L'ASSURE(E) SOCIAL(E)**

Nom : .....

Prénoms : .....

N° Immatriculation

Adresse exacte où vous pouvez être visité(e) : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

**PARTIE RÉSERVÉE A L'AGENCE**

Transmis au C.M le : .....

En arrêt de travail depuis le : .....

**QUESTIONS :**

**RÉPONSES DU MÉDECIN CONSEIL**

Fait à ..... le .....

Cachet et Signature,

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

(Partie confidentielle réservée à l'information du Médecin-conseil)

Diagnostic : .....

Fait à ..... le .....

Cachet et Signature,

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE SOCIALE



وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي  
الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجاء  
- التأمينات الإجتماعية -

## شهادة طبية للتوقف عن العمل أو تمديده

توجه إلى هيكل الدفع خلال 48 ساعة التي تلي يوم التوقف عن العمل.

تأشيرة الهيئة

أنا الممضي(ة) أسفله،

..... الطبيب :  
..... الرتبة أو الإختصاص :  
..... العنوان :  
أشهد بأنني فحصت هذا اليوم وعلى إثر : ☐ (1) مرض ☐ حادث عمل  
أصف له - لها : (1) ☐ توقفا عن العمل ☐ تمديدا  
مدة : ..... أيام، ابتداء من : ..... مع الخروج : (1) ☐ مرخص له من : ..... سا إلى : ..... سا (2) ☐ غير مرخص له  
حرر بـ ..... في .....  
ختم وإمضاء،  
(1) ضع علامة (x) في الخانة المناسبة.  
(2) ساعات الخروج يجب أن تكون بين 10 سا و 14 سا باستثناء أمر علاجي خاص .

### المؤمن له إجتماعيا

..... اللقب :  
..... الإسم :  
..... العنوان بالضبط الذي يمكن فيه زيارتكم :  
..... المهنة :  
..... إسم وعنوان المستخدم :

### جزء خاص بالوكالة

..... حول إلى المركز الطبي في : .....  
..... توقف عن العمل منذ : .....  
..... أسئلة  
..... أجوبة الطبيب المستشار  
..... حرر بـ ..... في .....  
..... ختم وإمضاء،

### تملاً من طرف الطبيب المعالج

( جزء سري مخصص لمعلومات الطبيب المستشار )

..... - التشخيص :  
.....  
.....  
.....  
..... حرر بـ ..... في .....  
..... ختم وإمضاء،

إسم وإلقب المؤمن له إجتماعيا