

CERTIFICAT MÉDICAL FINAL DE MALADIE PROFESSIONNELLE (ZONE CIPRES)

FINAL MEDICAL CERTIFICATE OF OCCUPATIONAL DISEASE (CIPRES)

Je soussigné,
I, the undersigned, hereby,

Certifie avoir examiné ce jour :
Certify that, on this day, I have examined

Nom et prénom(s)
Surname and Given name(s)

Matricule sexe situation matrimoniale
Registration number sex marital status

Date de naissance lieu de naissance :
Date of birth place of birth

Emploi/profession :
Occupation

Adresse :
Address

Téléphone : Mail :
Telephone Mail

Victime d'une maladie professionnelle dont la première constatation médicale a été effectuée le :
Victim of an occupational disease for which the first medical finding was made on

Peut reprendre le travail :
Is able to resume work

Reprise sans soins le avec soins le :
Resumption without care on the with care on the

Guérison le :
Cure on the

Consolidation le avec IPP de :
Consolidation on the with IPP of

Les séquelles sont à type de :
The consequences include

Fait à Ce jour le :
At today the

Signature et cachet du médecin
Signature and seal of the physician