



BP 441 Yaoundé

Tel: 222 22 46 01

Fax: 222 22 57 55

Facebook.com/CNPS

Site web : www.cnps.cm

@CnpsCameroun sur twitter

Mail : cnps.cameroun@cnps.cm

N° .....

**CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF FINAL  
D'ACCIDENT DE TRAVAIL**

*INDUSTRIAL ACCIDENT FINAL  
DESCRIPTIVE CERTIFICATE*

**Destiné à L'employeur**

A remplir (1)

1. - Par l'Employeur ou son préposé et en cas de carence,  
- To be filled in by the employer or his representative or in case of absence
2. - Par le salarié.  
- By the worker.

**ACCIDENT  
ACCIDENT**

**Date** .....  
*Date* .....

**VICTIME  
VICTIM**

**Nom et prénoms** .....  
*Full name* .....

**Matricule assuré(e)** .....  
*Insurance number* .....

**Né(e) le** ..... **à** .....  
*Date of birth* ..... *at* .....

**Salarié(e) en qualité de** .....  
*Profession* .....

**Adresse** .....  
*Address* .....

**EMPLOYEUR  
EMPLOYER**

**Nom ou raison sociale** .....  
*Name or business name* .....

**N° matricule** .....  
*Insurance number* .....

**Adresse** .....  
*Address* .....

**Fait à** ..... **, le** .....  
*Done at* ..... *on the* .....

**Signature et cachet**  
*Signature and stamp*

(1) Rayer la mention inutile.  
*Delete whichever is inapplicable*

COM/DECT/CNPS/2019

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN  
TO BE FILLED IN BY THE DOCTOR**

**Je soussigné** .....

*I the undersigned*

**Certifie avoir examiné la personne ci-dessus dénommée qui déclare avoir été victime d'un accident du travail et avoir constaté qu'elle présente maintenant (décrire l'état de la victime)**

*Hereby certify to have examined the abovementioned person who declares having sustained an industrial accident and I have noticed that he is now (describe the state of the victim)*

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

**L'intéressé(e) peut reprendre son travail**  
*The victim can resume his work*

**Sans autres soins** .....  
*Without further treatment* .....

**Avec soins pendant** .....  
*With further treatment for* .....

**Le** .....  
*On the* .....

**La date de guérison ou de consolidation est fixée au** .....  
*The date of recovery or healing is fixed at* .....

**La blessure**  
*The injury*

**N'entraîne pas d'incapacité permanente**  
*Does not involve any permanent disablement*

**Entraîne une incapacité permanente de** .....  
*Involves a permanent disablement of* .....

**Fait à** ..... **, le** .....  
*Done at* ..... *on the* .....

**Signature et cachet**  
*Signature and stamp*

(1) Rayer la mention inutile.  
*Delete whichever is inapplicable*

COM/DECT/CNPS/2019



BP 441 Yaoundé

Tel: 222 22 46 01

Fax: 222 22 57 55

Facebook.com/CNPS

Site web : www.cnps.cm

@CnpsCameroun sur twitter

Mail : cnps.cameroun@cnps.cm

N° .....

**CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF FINAL  
D'ACCIDENT DE TRAVAIL**

**INDUSTRIAL ACCIDENT FINAL  
DESCRIPTIVE CERTIFICATE**

**Destiné à la victime**

A remplir (1)

- 1. - Par l'Employeur ou son préposé et en cas de carence,  
- To be filled in by the employer or his representative or in case of absence
- 2. - Par le salarié.  
- By the worker.

**ACCIDENT  
ACCIDENT**

**Date** .....  
Date

**VICTIME  
VICTIM**

**Nom et prénoms** .....  
Full name

**Matricule assuré(e)** .....  
Insurance number

**Né(e) le** ..... **à** .....  
Date of birth at

**Salarié(e) en qualité de** .....  
Profession

**Adresse** .....  
Address

**EMPLOYEUR  
EMPLOYER**

**Nom ou raison sociale** .....  
Name or business name

**N° matricule** .....  
Insurance number

**Adresse** .....  
Address

**Fait à** ..... **, le** .....  
Done at on the

**Signature et cachet**  
Signature and stamp

(1) Rayer la mention inutile.  
Delete whichever is inapplicable

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN  
TO BE FILLED IN BY THE DOCTOR**

**Je soussigné** .....  
I the undersigned

**Certifie avoir examiné la personne ci-dessus dénommée qui déclare avoir été victime d'un accident du travail et avoir constaté qu'elle présente maintenant (décrire l'état de la victime)**

*Hereby certify to have examine the abovementioned person who declares having sustained an industrial accident and I have noticed that he is now (describe the state of the victim)*

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

**L'intéressé(e) peut reprendre son travail**  
The victim can resume his work

**Sans autres soins** .....  
Without further treatment

**Avec soins pendant** .....  
With further treatment for

**Le** .....  
On the

**La date de guérison ou de consolidation est fixée au** .....  
The date of recovery or healing is fixed at

**La blessure**  
The injury

**N'entraîne pas d'incapacité permanente**  
Does not involve any permanent disablement

**Entraîne une incapacité permanente de** .....  
Involves a permanent disablement of

**Fait à** ..... **, le** .....  
Done at on the

**Signature et cachet**  
Signature and stamp

(1) Rayer la mention inutile.  
Delete whichever is inapplicable



BP 441 Yaoundé

Tel: 222 22 46 01

Fax: 222 22 57 55

Facebook.com/CNPS

Site web : www.cnps.cm

@CnpsCameroun sur twitter

Mail : cnps.cameroun@cnps.cm

N° .....

**CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF FINAL  
D'ACCIDENT DE TRAVAIL**

**INDUSTRIAL ACCIDENT FINAL  
DESCRIPTIVE CERTIFICATE**

**A conserver par le praticien**

A remplir (1)

- 1. - Par l'Employeur ou son préposé et en cas de carence,  
- To be filled in by the employer or his representative or in case of absence
- 2. - Par le salarié.  
- By the worker.

**ACCIDENT  
ACCIDENT**

**Date** .....  
Date

**VICTIME  
VICTIM**

**Nom et prénoms** .....  
Full name

**Matricule assuré(e)** .....  
Insurance number

**Né(e) le** ..... **à** .....  
Date of birth at

**Salarié(e) en qualité de** .....  
Profession

**Adresse** .....  
Address

**EMPLOYEUR  
EMPLOYER**

**Nom ou raison sociale** .....  
Name or business name

**N° matricule** .....  
Insurance number

**Adresse** .....  
Address

**Fait à** ..... **, le** .....  
Done at on the

**Signature et cachet**  
Signature and stamp

(1) Rayer la mention inutile.  
Delete whichever is inapplicable

COM/DECT/CNPS/2019

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN  
TO BE FILLED IN BY THE DOCTOR**

**Je soussigné** .....  
I the undersigned

**Certifie avoir examiné la personne ci-dessus dénomée qui déclare avoir été victime d'un accident du travail et avoir constaté qu'elle présente maintenant (décrire l'état de la victime)**

Hereby certify to have examine the abovementioned person who declares having sustained an industrial accident and I have noticed that he is now (describe the state of the victim)

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

**L'intéressé(e) peut reprendre son travail**  
The victim can resume his work

**Sans autres soins** .....  
Without further treatment

**Avec soins pendant** .....  
With further treatment for

**Le** .....  
On the

**La date de guérison ou de consolidation est fixée au** .....  
The date of recovery or healing is fixed at

**La blessure**  
The injury

**N'entraîne pas d'incapacité permanente**  
Does not involve any permanent disablement

**Entraîne une incapacité permanente de** .....  
Involves a permanent disablement of

**Fait à** ..... **, le** .....  
Done at on the

**Signature et cachet**  
Signature and stamp

(1) Rayer la mention inutile.  
Delete whichever is inapplicable

COM/DECT/CNPS/2019