

CERTIFICAT MÉDICAL DE CONSTATATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE (ZONE CIPRES)

MEDICAL CERTIFICATE OF OCCUPATIONAL DISEASE (CIPRES)

Initial/Initial

Prolongation/Extension

Je soussigné,
I, the undersigned, hereby,

Certifie avoir examiné le :
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 de la victime :
Address of the victim

Téléphone : **Mail :**
Telephone Mail

Date de la dernière visite périodique :
Date of the last usual medical visit

Antécédents médicochirurgicaux :
Medical or surgical history

IDENTIFICATION DE LA MALADIE/ DISEASE

(A remplir par le médecin de l'entreprise ou le médecin traitant) / (To be fulfilled by the company or the attending physician)

Date de la 1ère constatation médicale :
Date of the 1st medical finding :

Circonstances d'apparition et histoire de la maladie :
Circumstances and history of the disease onset

Nature des lésions :
Type of injuries :

Siège des lésions :
Damaged part of the body

Diagnostic évoqué :
Diagnosis :

Arrêt de travail: de **jours allant du** **au :**
Sick leave : of days from the to the

N° du tableau de maladie professionnelle correspondant :
Table No. Of the Occupational disease:

(Il s'agit exclusivement des affections désignées dans la liste officielle des tableaux de maladies professionnelles conformément aux conditions administratives (délais prise en charge) et techniques (types de travaux)
These conditions are exclusively designated in the official list of tables of occupational diseases in conformity with administrative (care deadline) and technical (types of labour) conditions)

Signature et cachet du médecin
Signature and seal of the physician

Fait à **Ce jour le :**
At today the