

## 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*