

**CERTIFICAT MÉDICAL DE MALADIE À CARACTÈRE PROFESSIONNEL
(ZONE CIPRES)**
**MEDICAL CERTIFICATE OF OCCUPATIONAL DISEASE
(CIPRES)**

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

Fait à **Ce jour le :**
At today the

Signature et cachet du médecin
Signature and seal of the physician