



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 } - Initial
D'ACCIDENT DE TRAVAIL (1) } - De prolongation

INDUSTRIAL ACCIDENTS } - Initial
MEDICAL CERTIFICATE } - prolongation

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 } **Date**.....
ACCIDENT } *Date*

VICTIME } **Nom et prénoms**.....
VICTIM } *Full name*

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

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

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

Adresse.....
Address

EMPLOYEUR } **Nom ou raison sociale**.....
EMPLOYER } *Name or business name*

N° matricule.....
Insurance number

Adresse.....
Address

Fait à, le.....
Done at *on the*

Signature et cachet
Signature and stamp

COM/DECT/CNPS/2019

(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 de travail et avoir constaté qui suit
Hereby certify have examine the abovementioned person who declares having sustained an industrial accident and I have noticed that :

a- Siège des blessures
Seal of injuries

b- Nature des lésions
Nature of injuries

Sauf modification imprévisible,
Unless a contingent modification

- (1) {
- 1° **La victime devra arrêter son travail pendant :**
The victim will have to stop working for :
 - A compter du**.....
Days as from
 - 2° **La victime devra prolonger son arrêt de travail pendant :**
The victim will have to extend for dals :
 - A compter du**.....
The period of absence as from

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 } - Initial
D'ACCIDENT DE TRAVAIL (1) } - De prolongation

INDUSTRIAL ACCIDENTS } - Initial
MEDICAL CERTIFICATE } - prolongation

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

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 de travail et avoir constaté qui suit
Hereby certify have examine the abovementioned person who declares having sustained an industrial accident and I have noticed that :

a- **Siège des blessures**
Seal of injuries

b- **Nature des lésions**
Nature of injuries

Sauf modification imprévisible,
Unless a contingent modification

(1) {
1° **La victime devra arrêter son travail pendant :**
The victim will have to stop working for :
A compter du
Days as from
2° **La victime devra prolonger son arrêt de travail pendant :**
The victim will have to extend for dals :
A compter du
The period of absence as from

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 } - Initial
D'ACCIDENT DE TRAVAIL (1) } - De prolongation

INDUSTRIAL ACCIDENTS } - Initial
MEDICAL CERTIFICATE } - prolongation

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 } **Date**
ACCIDENT } **Date**

VICTIME { **Nom et prénoms**.....
VICTIM { *Full name*
Matricule assuré(e).....
Insurance number
Né(e) le..... **à**.....
Date of birth *at*
Salarié(e) en qualité de.....
Profession
Adresse.....
Address

EMPLOYEUR { **Nom ou raison sociale**.....
EMPLOYER { *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 de travail et avoir constaté qui suit
Hereby certify have examine the abovementioned person who declares having sustained an industrial accident and I have noticed that :

a- Siège des blessures
Seal of injuries

b- Nature des lésions
Nature of injuries

Sauf modification imprévisible,
Unless a contingent modification

- (1) {
- 1° **La victime devra arrêter son travail pendant :**
The victim will have to stop working for :
 - A compter du**
 - 2° **La victime devra prolonger son arrêt de travail pendant :**
The victim will have to extend for dals :
 - A compter du**

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