

**DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL
ET DE MALADIE PROFESSIONNELLE**
**INDUSTRIAL ACCIDENT AND OCCUPATIONAL
DISEASE DECLARATION FORM**

A ÉTABLIR EN 3 EXEMPLAIRES DONT / TO BE FILLED IN 3 COPIES

- le 1er accompagné du certificat médical initial est adressé dans les trois (3) jours au Centre de Prévoyance Sociale de votre ressort ;
the 1st one accompanied with an initial medical certificate is sent within three days to the Social Insurance Centre of your area of resident ;
- le 2e est adressé dans les trois (3) jours à l'Inspection du Travail de votre ressort ;
the 2nd one is sent within three days to the Labour Inspectorate of your area of resident ;
- le 3e est classé aux archives de l'Employeur
the 3rd one is filled in the Employer's archives.

1) EMPLOYEUR / EMPLOYER :

Numéro employeur SCIFE (ou n° contribuable) :
SCIFE employer, number (or tax payer n°)
Nom ou raison sociale :
Name or business name
Adresse :
Address
Activité professionnelle :
Activity

2) VICTIME - VICTIM :

Matricule assuré CNPS :
NSIF Registration n°
Nom et Prénoms :
Name and Surnames
Emploi :
Occupation
Résidant à (quartier) :
Resident
Adresse :
Address

Le Travailleur a-t-il déjà été victime des risques professionnels ?
Had the Worker formerly been a victim of occupational risks ?

OUI
yes

NON
no

(1)

1er cas : date : taux d'incapacité P.....%
1st case : date rate of incapacity
2e cas : date : taux d'incapacité P.....%
2nd case : date rate of incapacity
3e cas : date : taux d'incapacité P.....%
3rd case : date rate of incapacity
4e cas : date : taux d'incapacité P.....%
4th case : date rate of incapacity

3) ACCIDENT - ACCIDENT :

a) Circonstances :

Circumstances

Date : Heure
Date Hour

Lieu de l'accident :
Place of accident

- Village ou Quartier :
Village or Quarter

- Rue, Avenue, Boulevard (lieu précis) :
Street, Avenue, Boulevard (exact place)

- Arrondissement
Sub-division

- Département
Division

