



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 DESCRIPTIF FINAL
D'ACCIDENT DE TRAVAIL**

**INDUSTRIAL ACCIDENT FINAL
DESCRIPTIVE CERTIFICATE**

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 ACCIDENT { Date

VICTIME VICTIM {

Nom et prénoms
Full name

Matricule assuré(e)
Insurance number

Né(e) le à

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

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 du travail et avoir constaté qu'elle présente maintenant (décrire l'état de la victime)
Hereby certify to have examined the abovementioned person who declares having sustained an industrial accident and I have noticed that he is now (describe the state of the victim)

.....
.....
.....
.....
.....

L'intéressé(e) peut reprendre son travail
The victim can resume his work {

Sans autres soins
Without further treatment

Avec soins pendant
With further treatment for

Le
On the

La date de guérison ou de consolidation est fixée au

La blessure {

N'entraîne pas d'incapacité permanente
Does not involve any permanent disablement

Entraîne une incapacité permanente de

Fait à le

Signature et cachet
Signature and stamp

(1) Rayer la mention inutile.
Delete whichever is inapplicable

COM/DECT/CNPS/2019