



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

**INDUSTRIAL ACCIDENTS
MEDICAL CERTIFICATE** { - Initial
- 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
ACCIDENT** { **Date**
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

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
Seat 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 dats :
.....
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