



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** { **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*

**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** .....
  - 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*



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** { **Date**.....  
**ACCIDENT** { *Date*

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

**VICTIME** { **Matricule assuré(e)**.....  
**VICTIM** { *Insurance number*

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

**VICTIME** { **Salarié(e) en qualité de**.....  
**VICTIM** { *Profession*

**VICTIME** { **Adresse**.....  
**VICTIM** { *Address*

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

**EMPLOYEUR** { **N° matricule**.....  
**EMPLOYER** { *Insurance number*

**EMPLOYEUR** { **Adresse**.....  
**EMPLOYER** { *Address*

Fait à ..... , le.....  
Done at ..... on the

**Signature et cachet**  
*Signature and stamp*

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

COMIDECT/CNPS/2021

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

*TO BE FILLED IN BY THE DOCTOR*

Je soussigné .....  
*I the undersigned*

**Certifie avoir examiné la personne ci-dessus dénomée 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 :*
  - 2° **La victime devra prolonger son arrêt de travail pendant :**  
*The victim will have to extend for dals :*
- A compter du** .....  
*Days as from*
- 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*

COMIDECT/CNPS/2021



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/2021

**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/2021