

certificat médical

accident du travail

maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)
régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation 185011637404116

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) : CHAUON

prénom : Sébastien

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone :
batiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ? ☒
date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : (voir notice 1)
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui ☐ non (2) ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : Commune d'AUSSAC-VADALLE

adresse : 61 rue de la République
16560 AUSSAC-VADALLE n° téléphone : 05 45 20 61 60
courriel : mairie@aussac-vadalle.fr

les renseignements médicaux

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice 2)

Chirurgie canal carpien main droite

• conséquences

- soins (sans arrêt de travail) ☐ jusqu'au :
- arrêt de travail ☒ jusqu'au : en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres : Vendredi quinze juillet 2022 inclus
15 07 2022

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 26 05 2022 non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☐ à partir du : (voir notice 4)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale ☐ du : au :
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- reprise de travail à temps complet le : (voir notice 6)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice 7)

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 8)

guérison avec retour à l'état antérieur ☐ date :
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ☐ date :
consolidation avec séquelles ☐ date :

identification du praticien

(nom et prénom)
DOCTEUR LIOT MAXENCE
SELARL DE MEDECIN MAXENCE LIOT
41 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

51 AVENUE DU PRESIDENT WILSON

16000 ANGOULEME

date 25 05 2022 signature du praticien

=> 16 1 70065 3 00 3 34 1 41 n°AM

CM-PRE S6909e