

MOD.A2 : CERTIFICAT DE PREMIERE CONSTATATION

Identification de l'Employeur :
 Nom (personne physique) ou Dénomination de l'Entreprise :
 Branche d'activités :
 Adresse physique :
 E-mail :@.....
 N°Téléphone :
 Siege d'exploitation :

N° d'affiliation de l'employeur

Identification de la victime de l'accident

N° d'immatriculation du Travailleur

Nom, Post-nom et Prénom : Sexe F/M :
 Lieu et Date de naissance : Le
 Province : Territoire/Commune : Village :
 Adresse physique :
 N°Téléphone : E-mail :@.....
 N° Carte d'identité :

Nom du déclarant :
 Qualité du déclarant :
 Adresse physique :

Renseignements d'ordre médical :
 Nom du Médecin : CNOM.....
 Dénomination de l'hôpital ou du centre de santé :
 Adresse physique :
 Description détaillée et aussi exacte que possible des lésions :

Incapacité de travail à prévoir :
 - Incapacité totale de Jours, soit du au
 - Incapacité partielle de %, pendant jours.
 Evolution probable de l'état de la victime : guérison complète sans suite / décès / incapacité permanente de%.
 L'état de la victime est-il conséquence directe de cet accident ? OUI NON
 Les lésions sont-elles influencées par un état malade antérieur ? OUI NON,
 Si oui, lesquelles ?
 Lieu où se trouve la victime :
 Si la victime est hospitalisée, veuillez indiquer la date de début de l'hospitalisation et la période d'hospitalisation à prévoir :
 La victime a-t-elle besoin d'une réadaptation d'une rééducation d'un reclassement

Renseignements divers :
 REMUNERATIONS de la victime des trois derniers mois civils précédant celui au cours duquel l'accident est survenu

1 ^{er} mois	2 ^{er} mois	3 ^{er} mois
----------------------	----------------------	----------------------

NB : Lorsque l'incapacité de travail dépasse trente (30) jours, il y a lieu d'établir le certificat de prolongation d'incapacité, Modèle A3, auquel il y a lieu d'établir le certificat de dernière constatation, Modèle A4.

Fait à, le 20.....

SIGNATURE ET SCEAU DU MEDECIN