CAISSE NATIONALE DE PREVOYANCE SOCIALE
☎ : 261 20 22 205 20 - ✉ : 233
Site web: http://www.cnaps.mg~ e-mail: cnaps@cnaps.mg

FEUILLET « C »

CERTIFICAT FINAL de (1) { GUÉRISON / CONSOLIDATION

N° Sinistre : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **N° Employeur :** |_|_|_|_|_|_|

(A remplir par l'Employeur)

VICTIME	***EMPLOYEUR***
Nom :.....	Nom ou Raison Sociale :.....
Prénoms :.....	.....
Adresse :.....	Activité :.....

(A remplir par le Médecin traitant)

Suite au Certificat initial de constatation du : .....

Je soussigné, Docteur en Médecine,

Nom :.....

Prénoms :..... ONM : .....

Après avoir examiné la victime désignée ci-dessus, ai constaté : .....
.....:.....
.....
.....

La victime : - peut prendre son travail à dater du : .....
- est guérie ou consolidée (1) à dater du : .....

Cet accident (1) { . n'entraine pas d'incapacité permanente.
. entraine une incapacité permanente de : .....**%**

en lettre .....

Fait à ....., le .....
Signature et Cachet du Médecin.

(1)*Rayez les mentions inutiles.*
A conserver par le médecin jusqu'à guérison ou consolidation.