

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE AU TRAVAIL

Je soussigné, Docteur.....

Adresse :

N° d'Ordre de Médecin :

Certifie que l'état de santé de :

M.....

N° Matricule CNaPS :

Né(é) le à

Demeurant à :

Lot :

Nécessite l'abandon de toute activité professionnelle salariée.

DIAGNOSTIC ou DESCRIPTION DES SEQUELLES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TAUX D'INVALIDITE : % (en lettre)

En foi de quoi, le présent certificat lui est délivré pour servir et valoir ce que de droit

Fait à le,.....

(Signature et Cachet)