



initial  de prolongation (ne cocher qu'une seule case)  
 final  de rechute  de reprise

**l'assuré/e**

numéro d'immatriculation au SPME | | | | | | SERVICE \_\_\_\_\_  
nom \* (suivi s'il y a lieu du nom d'usage) : \_\_\_\_\_  
prénom : \_\_\_\_\_  
adresse : \_\_\_\_\_  
code postal : | | | | | | ville : \_\_\_\_\_ n° téléphone : \_\_\_\_\_  
bâtiment : \_\_\_\_\_ escalier : \_\_\_\_\_ étage : \_\_\_\_\_ appartement : \_\_\_\_\_ code d'accès de la résidence : \_\_\_\_\_  
\* nom de jeune fille pour les dames

s'agit-il : d'un accident du travail ?  d'une maladie professionnelle ?   
date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle : | | | | | | | | | |  
présentation du bulletin d'accident du travail/maladie professionnelle : oui  non <sup>(1)</sup>  (voir notice ❶)

(1) En cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés

**les renseignements médicaux**

- **constatations détaillées**
  - siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle (certificat initial, de prolongation ou de rechute),
  - séquelles fonctionnelles (certificat final) (voir notice ❷)

• **conséquences**

soins sans interruption temporaire de travail  jusqu'au | | | | | | | | | |

interruption temporaire de travail jusqu'au (en toutes lettres) \_\_\_\_\_ inclus

sorties autorisées : non  oui  à partir du | | | | | | | | | | (7h à 9h)-(11h à 14h)-(16h à 18h) (voir notice ❸)

par exception, pour raisons médicales dûment justifiées, sorties autorisées sans restriction d'horaires :  
non  oui  à partir de | | | | | | | | | | (voir notice ❹)

éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaires (voir notice ❺)

reprise de travail le | | | | | | | | | | (voir notice ❻)

- **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ❼)

guérison avec retour à l'état antérieur  date | | | | | | | | | |  
consolidation sans séquelle (avec possibilité de rechute ultérieure)  date | | | | | | | | | |  
consolidation avec séquelles  date | | | | | | | | | |

certificat établi le | | | | | | | | | | identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement  
à : \_\_\_\_\_

signature du praticien :



initial  de prolongation (ne cocher qu'une seule case)  
 final  de rechute  de reprise

**l'assuré/e**

numéro d'immatriculation au SPME | | | | | | SERVICE \_\_\_\_\_  
nom \* (suivi s'il y a lieu du nom d'usage) : \_\_\_\_\_  
prénom : \_\_\_\_\_  
adresse : \_\_\_\_\_  
code postal : | | | | | | ville : \_\_\_\_\_ n° téléphone : \_\_\_\_\_  
bâtiment : \_\_\_\_\_ escalier : \_\_\_\_\_ étage : \_\_\_\_\_ appartement : \_\_\_\_\_ code d'accès de la résidence : \_\_\_\_\_  
\* nom de jeune fille pour les dames

s'agit-il : d'un accident du travail ?  d'une maladie professionnelle ?   
date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle : | | | | | | | | | | | | | | | |  
présentation du bulletin d'accident du travail/maladie professionnelle : oui  non (1)  (voir notice 1)

**les renseignements médicaux**

- constatations détaillées  
- siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle (certificat initial, de prolongation ou de rechute),  
- séquelles fonctionnelles (certificat final) (voir notice 2)

**conséquences**

soins sans interruption temporaire de travail  jusqu'au | | | | | | | | | |

interruption temporaire de travail jusqu'au (en toutes lettres) \_\_\_\_\_ inclus

sorties autorisées : non  oui  à partir du | | | | | | | | | | (7h à 9h)-(11h à 14h)-(16h à 18h) (voir notice 3)

par exception, pour raisons médicales dûment justifiées, sorties autorisées sans restriction d'horaires :  
non  oui  à partir de | | | | | | | | | | (voir notice 4)

éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaires (voir notice 5)

reprise de travail le | | | | | | | | | | (voir notice 6)

- conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice 7)

guérison avec retour à l'état antérieur  date | | | | | | | | | |  
consolidation sans séquelle (avec possibilité de rechute ultérieure)  date | | | | | | | | | |  
consolidation avec séquelles  date | | | | | | | | | |

certificat établi le | | | | | | | | | | identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement  
à : \_\_\_\_\_

signature du praticien :