

Certificat de première constatation

Nom et Prénom de la personne en arrêt de travail :

Date de naissance :

Référence sociétaire :

Pour nous permettre la gestion de votre dossier, nous vous remercions de répondre aux questions formulées ci-dessous.

L'affection à l'origine de l'arrêt de travail est-elle due :

À une maladie

• Nature :

.....

• Date des premiers symptômes :

.....

Traitement suivi :

.....

À un accident

• Nature des blessures :

.....

• Date et circonstances précises de l'accident :

.....

Traitement suivi :

.....

Avez-vous été hospitalisé(e) ?

• Date d'entrée :

• Date de sortie :

L'affection permet-elle l'exercice partielle de votre profession ? Oui Non

Si oui: Depuis quelle date ?

Jusqu'à quelle date prévisible ?

Je certifie sur l'honneur que les informations indiquées sont exactes.

Date et Signature de la personne en arrêt de travail