

CERTIFICAT MEDICAL DE CONSTATATION DE BLESSURES

VICTIME : Prénom(s) - Nom : Anita Fabiani

Adresse domiciliaire : _____

Employeur : _____ Adresse employeur : _____

Accident du Travail : Date et Heure 08/07/2011 à 05h

Lieu Route de Nalibon

Date et heure de consultation de la victime 10/07/2011 à 14h

Renseignements médicaux (Siège et nature des lésions)

lésions pénétrantes des dos du pied
gauche de l'os cuboïde et métatarsien avec lésion
profonde de substance. Des hémorragies à
l'épave bancher de la main de l'index. Coton
plâtre.

Arrêt de travail de 2 jours partir de 10/07/2011

Sans arrêt de travail

Certificat établi le 10/07/2011

Dr Abdoulaye DIEYE
General Practitioner
Urgence Clinique de l'Amitie

CERTIFICAT DE PROLONGATION

- A établir en deux exemplaires par le Médecin-Traitant
- Adresser le premier exemplaire à la Caisse de Sécurité Sociale
- Remettre le deuxième exemplaire à la victime

Je soussigné Docteur en Médecine (Nom et Adresse) : Dr Abdoulaye DIEYE
General Practitioner
Urgence Clinique de l'Amitie

certifie que M. (Nom de la victime) : Anita Fabiani victime d'un accident de travail

le 10/07/2011 doit bénéficier d'une prolongation de repos de 09 (9) Jours à partir du 30/07/2011

Certifié, le 30/07/2011

Exemplaire destiné à la Caisse

SIGNATURE ET CACHET

Dr Abdoulaye DIEYE
General Practitioner
Urgence Clinique de l'Amitie

DEUXIEME CERTIFICAT DE PROLONGATION

- A établir en deux exemplaires par le Médecin-Traitant *
- Adresser le premier exemplaire à la Caisse de Sécurité Sociale
- Remettre le deuxième exemplaire à la victime

Dr Abdoulaye DIEYE
Général Practitioner
Urgence Clinique de l'Amittie

Je soussigné Docteur en Médecine (Nom et Adresse) :

certifie que M. (Nom de la victime) : Anta Fabou victime d'un accident de travail

le 10/07/24 doit bénéficier d'une prolongation de repos de Cinq (5) Jours à partir du 05/08/24

Certifié, le 05/08/24

Exemplaire destiné à la Caisse

SIGNATURE ET CACHET

Dr Abdoulaye DIEYE
Général Practitioner
Urgence Clinique de l'Amittie

N.B. Pour des besoins de contrôle, les certificats de prolongation doivent être déposés à la Caisse avant expiration du repos.

TROISIEME CERTIFICAT DE PROLONGATION

- A établir en deux exemplaires par le Médecin-Traitant *
- Adresser le premier exemplaire à la Caisse de Sécurité Sociale
- Remettre le deuxième exemplaire à la victime

Dr Mamadou NDIAYE
Médecin Généraliste

Je soussigné Docteur en Médecine (Nom et Adresse) :

certifie que M. (Nom de la victime) : Anta Fabou victime d'un accident de travail

le 10/07/24 doit bénéficier d'une prolongation de repos de Cinq (5) Jours à partir du 10/08/24

Certifié, le 10/08/24

Exemplaire destiné à la Caisse

SIGNATURE ET CACHET

Dr Mamadou NDIAYE
Médecin Généraliste

N.B. Pour des besoins de contrôle, les certificats de prolongation doivent être déposés à la Caisse avant expiration du repos.



Dakar le, 10/08/24

CERTIFICAT MÉDICAL

Dr Mamadou NIAYE
Médecin Généraliste

Je soussigné, Docteur _____ certifie que l'état de
santé de Mme Anta Fabrice nécessite un
repos médical de 05 (cinq) jour(s) à compter de ce jour sans
complications.

CERTIFICAT ÉTABLI POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE
DROIT.

Le Médecin

Dr Mamadou NIAYE
Médecin Généraliste



Le 13/08/2024

CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné, Docteur en Médecine, certifie que l'état de
santé de M(me) Aura FABOURE
né(e) le 25/09/1991 à Dakar

1°) nécessite un traitement avec arrêt de travail

de jours, sauf complications

du au

2°) nécessite une prolongation d'arrêt de travail

de Quinze (15) jours sauf complications

du 16/08/2024 au 30/08/2024

3°) lui permet de reprendre son travail à dater

du

4°)

Dr. François Charles NDIAYE

Le Médecin