

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Carnet

CAISSE DE SECURITE SOCIALE

N° 00016876 

PLACE DE L'O.I.T. - B.P. 102

DAKAR

Non valable pour les fonctionnaires

CARNET D'ACCIDENT DU TRAVAIL

(article 38 Code de la Sécurité Sociale)

Prénom(s) et Nom de la victime : FATOU GUISSÉ

Nom de l'employeur : AFRIE MANAGEMENT

N° immatriculation C.S.S. : 132008101620 Date de l'Accident : 12-03-2021

NOTES IMPORTANTES

1. Le carnet ne peut être utilisé que pour un seul accident.
Seule la Caisse de Sécurité Sociale est compétente pour délivrer, le cas échéant, un nouveau carnet.
2. La délivrance du carnet n'entraîne pas de plein droit la prise en charge de l'accident du titre de la législation.
3. En cas de notification de refus de prise en charge de l'accident du travail par la Caisse de Sécurité Sociale, le carnet doit lui être rendu, même avant la fin du traitement.
4. L'inexécution des obligations de l'employeur est sanctionnée à la fois civilement et pénalement.



Caisse de Sécurité Sociale

N.B. : Voir notes importantes au verso.

4.2 OBLIGATION DU STAGIAIRE

- Le stagiaire quant à lui, s'engage à s'acquitter en toutes circonstances avec soin et fidélité des travaux qui lui seront confiés par l'Entreprise ou son Représentant ;
- Il a obligation de se soumettre à la discipline générale et au règlement intérieur de l'entreprise.

ARTICLE 5 : REMUNERATION

Durant la période de stage, le stagiaire percevra une indemnité de stage d'un montant de **Cent Cinquante Mille (150.000)** francs CFA. Cette indemnité est exonérée de toutes taxes et charges sociales conformément à l'article 15 de la Convention National Pour la Promotion de l'Emploi des Jeunes.

ARTICLE 6 : LIEU DE STAGE

Le stagiaire est engagé pour servir en tous lieux sur le territoire du Sénégal ou l'Employeur aurait besoin de ses services sans qu'il soit nécessaire de l'en informer par une procédure particulière.

ARTICLE 7 : SECRET PROFESSIONNEL

Pendant la durée du stage et après la fin du stage, le stagiaire s'engage à observer le secret professionnel et à ne pas utiliser à son profil ou divulguer les renseignements acquis notamment toute information technique et ou commerciale.

ARTICLE 8 : FIN DU STAGE

Le stage prendra fin à la date convenue sur la présente convention. Chaque partie peut mettre fin au stage en respectant la procédure prévue.

Fait à Dakar, le : 19/08/2024

L'EMPLOYEUR

LE STAGIAIRE

Signature précédée de la mention : lu et approuvé.



PARTIE		FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 2e PARTIE		(à usage exclusive du transporteur)
A faire remplir par le MEDECIN TRAITANT		<p>Ce formulaire est destiné à fournir des renseignements CONFIDENTIELS permettant au service MEDICAL du transporteur de déterminer l'aptitude du passager au voyage comme indiqué dans la 1ère PARTIE. SI le passager peut être accepté. Ces renseignements permettront de donner les directives nécessaires à son confort et à son bien être.</p> <p>Le MEDECIN TRAITANT du passager est prié de REpondre A TOUTES LES QUESTIONS (mettre une croix dans la case «oui» ou «non» et/ou donner des réponses précises).</p> <p>IL EST RECOMMANDE DE REMPLIR LE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES OU DACTYLOGRAPHIQUES.</p>		<p>Le formulaire doit être retourné à</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> <p>(bureau désigné du transporteur)</p>
MEDA01	NOM ET PRENOM DU PATIENT SEXE ET AGE	Fahou GUISSÉ - Sexe Féminin - 25 ans		
MEDA02	MEDECIN TRAITANT Nom et Adresse	Dr Patrick CORREA - 3, Avenue de l'Ambassadeur 15		
	Téléphone:	Professionnel 77 291 1122	Privé 77 291 11 22	
MEDA03	RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DIAGNOSTIC détaillé (importance des symptômes et stade évolutif) Jour/mois/année des premiers symptômes	<p>Bonûture 2^{ème} degré superficielle de la face et des membres supérieurs, en voie de cicatrisation</p> <p>12/09/2024 Date du diagnostic: 12/09/2024</p>		
MEDA04	PRONOSTIC pour le voyage	Bon		
MEDA05	Maladie contagieuse ET transmissible?	Non		
MEDA06	L'état mental et/ou physique du patient est-il susceptible d'être une source de gêne ou d'inconfort pour les autres passagers?	Non		
MEDA07	Le patient peut-il utiliser un siège avion normal avec le dossier en POSITION VERTICALE quand c'est nécessaire?	Non		
MEDA08	Le patient peut-il SE SUFFIRE à lui même à bord? (repas, toilettes, etc.)	Non		
MEDA09	S'il doit être ACCOMPAGNE? les dispositions prévues en 1ère PARTIE vous paraissent-elles satisfaisantes?	Non		
MEDA10	Le patient a-t-il besoin d'OXYGENE (**) au cours du vol? (dans l'affirmative donnez le débit nécessaire)	Non		
MEDA11	Le patient a-t-il besoin d'une MEDICATION (*) autre que celles qu'il peut s'administrer lui même et/ou d'utiliser des équipements spéciaux tels que appareils respiratoires, couveuses etc? (**)	<p>a) Au SOL à (aux) Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préciser: _____</p>		
MEDA12		<p>b) A bord de l'avion: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préciser: _____</p>		
MEDA13	Le patient doit-il être HOSPITALISE? (dans l'affirmative, préciser les dispositions prises à défaut, indiquer: « RIEN DE PRE-VU »)	<p>a) en cours de route ou dans une escale de CORRESPONDANCE Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Lesquelles? _____</p>		
MEDA14		<p>b) à l'arrivée à DESTINATION Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Lesquelles? Ambulancia</p>		
MEDA15	Autres remarques ou renseignements pouvant favoriser le confort et le bien-être du patient:	<p>Aucune <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative préciser (**)</p>		
MEDA16	Autres dispositions prises par le médecin traitant.			
NOTE (*): Le personnel de bord n'est PAS tenu de s'occuper plus particulièrement de certains passagers au détriment de son service. En outre il n'a reçu qu'une formation de SECURISTE. Il n'est PAS AUTORISE à donner des soins médicaux, ni à faire des injections parentérales.		IMPORTANT (**): LES FRAIS CORRESPONDANT A L'ETABLISSEMENT DE CE DOCUMENT, ET A LA FOURNITURE D'EQUIPEMENT SPECIALISE PAR LE TRANSPORTEUR DOIVENT ETRE REGLES PAR LE PASSAGER CONCERNE.		
Date:	11/10/2024	Lieu:	Dakar	Signature du médecin traitant:

GROFENAC®

Accord
- WCHC
- Redoum Accidents



A remplir par le bureau de ventes/Agent ou Médecin

Répondre à toutes les questions. Mettre une croix dans la case OUI ou NON Remplir ce formulaire ou lettres capitales ou dactylographiées

A	Nom/prénom/titre		
B	ITINERAIRE PREVU (transporteur(s), numéro(s) de vol(s), classe(s), date(s), tronçon (s) état des réservations du voyage en entier).		Le transfert d'un vol à un autre peut nécessiter un allongement du délai de correspondance

C	Nature du Handicap BRULURES
---	------------------------------------

D	<p>Faut-il mettre à bord une civière: (tous les malades sur civière doivent être accompagnés) Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Faut-il de l'oxygène à bord. Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Continu <input type="checkbox"/> Discontinu <input type="checkbox"/> Débit <input type="text"/></p>	Demander le tarif si vous l'ignorez
---	---	-------------------------------------

E	Accompagnateur prévu Nom; sexe, âge, qualification professionnelle, itinéraire si différent de celui du passager. Si non professionnel préciser «compagnon de voyage»	Patrick CORREA - Médecin	Pour les aveugles et/ou sourds préciser s'ils sont accompagnés d'un chien dressé.
---	---	---------------------------------	---

F	<p>Fauteuil Roulant Nécessaire Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Les catégories sont WCHR - WCHS - WCHC. Catégorie fauteuil roulant: <input type="text"/></p>	<p>Fauteuil Personnel? Pliant <input type="checkbox"/> Électrique <input type="checkbox"/> à batterie non étanche <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p>	Les fauteuils roulants avec des batteries non étanche font parties articles réglementés et sont autorisés à bord d'avions passager, sous certaines conditions qui peuvent être obtenues des compagnies. De plus certains pays peuvent imposer des restrictions particulières.
---	---	--	---

G	<p>Ambulance Nécessaire Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>donner le contact de la cie ambulancière _____</p> <p>Préciser l'adresse de destination _____</p>	demander le tarif si vous l'ignorez
---	---	--	-------------------------------------

H	<p>AUTRES DISPOSITIONS NECESSAIRES AU SOL</p> <p>Disposition pour le transport jusqu'à l'aéroport de départ Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Disposition pour l'assistance lors des CORRESPONDANCE Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Oxygène Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p>	<p>dans l'affirmative préciser ci-dessous pour chaque point: a) le transport ou l'organisateur prenant les dispositions b) la personne devant régler les frais c) les adresses et numéros de téléphone des personnes devant accueillir/aider:</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préciser: _____</p> <p>Continu <input type="checkbox"/> Discontinu <input type="checkbox"/> Débit <input type="text"/></p>
---	---	--