



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

La Directrice

N°1260-24/DRH/ADRH/AD

Diass, le 23 octobre 2024

Objet : Transmission certificat médical de constatation de blessure et certificat médical
Prolongation

Monsieur,

Nous vous transmettons ci-joint le certificat médical de constatation de blessure et le certificat de prolongation de notre agent cité ci-après suite à son accident de travail du 21 octobre 2024 :

| NOM | PRENOM | FONCTION | DATE ACCIDENT | N° CARNET AT |
|-------|------------|------------------|------------------|--------------|
| BADJI | Souleymane | Manutentionnaire | 21/10/2024 | 0025371 |

Vous en souhaitant une bonne réception, nous vous prions de croire, **Monsieur**, à l'expression de notre considération distinguée.

Boury Guissé LEYE



A
Monsieur le Chef d'Agence
de la Caisse de Sécurité Sociale de
Thiès



PJ : Transmission déclaration d'accident de travail
Certificat médical de constatation de blessure
Certificat médical prolongation

Société anonyme au capital de 100.000.000 FCFA
Siège social : Direction Générale ZAS - Aéroport International Blaise Diagne - Diass
BP 14547

CERTIFICAT MEDICAL DE CONSTATATION DE BLESSURES

VICTIME : Prénom(s) - Nom : Souleymane Baqi

Adresse domiciliaire : Tivaoua Paul

Employeur : 2AS Adresse employeur : Diuco

Accident du Travail : Date et Heure 21/10/24

Lieu 12h 09 min

Date et heure de consultation de la victime 21/10/24 à 15h

Renseignements médicaux (Siège et nature des lésions)

Lésions : luxations peu étendues portant
à la fois antérieur et dorsal du pied
gauche. tuméfaction en regard.
La Radiographie des 22 jours n'a pas été faite

Arrêt de travail de 02 j à partir de 21/10/24

Sans arrêt de travail

Certificat établi le 21/10/24

Dr Papa Ousmane SARR
Médecin
Santé

SIGNATURE ET CACHET
[Signature]

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Carnet N° 0025371

CAISSE DE SECURITE SOCIALE

Place de l'O.I.T. - BP 102 DAKAR

Tél. : (221) 33 889 19 89

Fax : (221) 33 823 67 75

Non valable pour les fonctionnaires

CARNET D'ACCIDENT DE TRAVAIL

(article 38 Code de la Sécurité Sociale)

Prénom(s) et Nom de la victime : Souleymane Baby
Nom de l'employeur : AIBB ASSISTANCE SERVICES (2AS)
Adresse de l'employeur : DIASS Tél. de l'employeur : 339574491
N° immatriculation C.S.S. : 142017214100 Date de l'Accident : 21/10/2021

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.

Imp. MIP-OCCEBHT - TEL 831 08 86 - DAKAR



**Caisse de
Sécurité
Sociale**

N.B. : Voir notes importantes au verso.

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE
DELIVREE PAR L'EMPLOYEUR

Employeur (Nom - Raison Sociale - Adresse) : AIBB ASSISTANCE SERVICES GAS

Tél. Employeur : 33 954 44 99

N° d'immatriculation à la Caisse de Sécurité Sociale 1142017211410011

certifie avoir délivré ce jour, ce carnet à :

VICTIME : Prénom(s) - Nom : Souleymane Badi

Date et lieu de naissance : 04/11/1996 à Dakar

Qualification professionnelle : Manutentionnaire

à l'occasion de :

- l'accident du 21/10/2024 déclaré le

- la maladie professionnelle contractée le déclarée le

Nom et qualité du signataire : Bouxy Guisse Leye Directrice Ressources Humain

N.B. : Voir au verso les obligations de l'employeur



ARRIVEE N°

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 Papa Ousseynou SARR
Médecin
Sahel Assistance

Je soussigné Docteur en Médecine (Nom et Adresse) :

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

le 21/10/24 doit bénéficier d'une prolongation de repos de : 15 Jours à partir du 23/10/24

Certifié, le 23/10/24

Exemplaire destiné à la Caisse

SIGNATURE ET CACHET

Dr Papa Ousseynou SARR
Médecin
Sahel Assistance

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



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

La Directrice

N°1303-24/DRH/ADRH/AD

Diass, le 08 novembre 2024

Objet : Transmission deuxième (2ème) certificat médical de prolongation de blessure

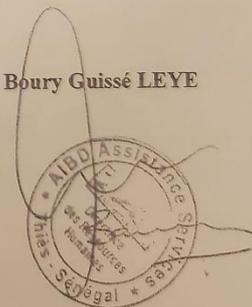
Monsieur,

Nous vous transmettons ci-joint le deuxième (2ème) certificat médical de prolongation de notre agent cité ci-après suite à son accident de travail du 21 octobre 2024 :

| NOM | PRENOM | FONCTION | DATE ACCIDENT | N° CARNET AT |
|-------|------------|------------------|------------------|--------------|
| BADJI | Souleymane | Manutentionnaire | 21/10/2024 | 0025371 |

Vous en souhaitant une bonne réception, nous vous prions de croire, **Monsieur**, à l'expression de notre considération distinguée.

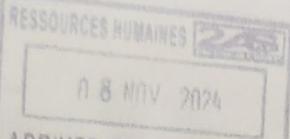
Boury Guissé LEYE



A
Monsieur le Chef d'Agence
de la Caisse de Sécurité Sociale de
Thiès

PJ : Transmission deuxième (2ème) certificat médical de prolongation

BOIT. - BP 102 DAKAR
Tél : (221) 33 889 19 89
Fax : (221) 33 823 67 75



Carnet N° 1125371

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 Papa Ousseynou SARR
Médecin
Sahel assistance

Je soussigné Docteur en Médecine (Nom et Adresse) :

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

le 21/10/24 doit bénéficier d'une prolongation de repos de : 15 Jours à partir du 08/11/24

Exemplaire destiné à la Caisse

Certifié, le 08/11/24

SIGNATURE ET CACHET

Dr Papa Ousseynou SARR
Médecin
Sahel assistance

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



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
La Directrice

N°1360-24/DRH/ADRH/AD

Diass, le 22 novembre 2024

Objet : Transmission certificat médical de guérison ou consolidation

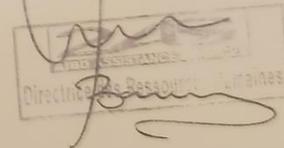
Monsieur,

Nous vous transmettons le certificat médical de guérison ou consolidation de notre agent cité ci-dessous :

| NOM | PRENOM | FONCTION | DATE ACCIDENT | N° CARNET AT |
|-------|------------|------------------|---------------|--------------|
| BADJI | Souleymane | Manutentionnaire | 21/10/2024 | 25371 |

Vous en souhaitant une bonne réception, nous vous prions de croire, **Monsieur**, à l'expression de notre considération distinguée.

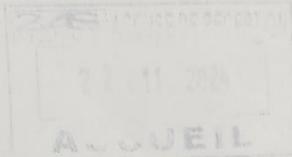
Boury Guissé LEYE



A
**Monsieur le Chef d'Agence
de la Caisse de Sécurité Sociale de
Thiès**

PJ : Certificat médical de guérison ou consolidation

Société anonyme au capital de 100.000.000 FCFA
Siège social : Direction Générale 2AS - Aéroport International Blaise Diagne - Diass
BP 14547



CERTIFICAT MEDICAL DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION

Je soussigné Docteur en Médecine (Nom et adresse) : **Dr Papa Ousseynou SARR**
Médecin
Sahel assistance

Certifie que M. (Nom et Prénom(s) de la victime) : **Souleymane Badji**
victime d'un accident de travail le : **21/10/2024**
Peut reprendre son travail le : **23/11/24**
Les conséquences prévisibles de l'accident sont (1)
Guérison le : **22/11/24**
Reprise avec soins (02)
Consolidation avec IPP de (02) à compter du

Observations médicales
Guérison ce jour

Fait, le **22/11/24**

Exemplaire destiné à la Victime

- (1) Barrer la mention inutile.
- (2) Justifications médicales obligatoires

SIGNATURE ET CACHET
Dr Papa Ousseynou SARR
Médecin
Sahel assistance

