



**OFFICE NATIONAL DES PENSIONS ET RISQUES PROFESSIONNELS DES
FONCTIONNAIRES, DES MAGISTRATS ET DES AGENTS DE L'ORDRE
JUDICIAIRE**

CERTIFICAT MEDICAL DE PREMIERE CONSTATATION (Modèle A2)

(A remplir en deux exemplaires et doit suivre rapidement le Mod. A1)

1. Réservé au Médecin :

Nom et Prénom du Médecin :

Numéro d'Identification du Médecin :

Adresse :

2. VICTIME :

3. EMPLOYEUR :

4. ACCIDENT :

DATE : HEURE : TYPE : Service :

Trajet :

5. CIRCONSTANCES D'ACCIDENT :

6. DESCRIPTION DES LESIONS :

Plaintes

Ex. Clinique

Ex. Complémentaires

7. INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL DE :

a) Totale de : Jours soit du : au :
(Adjoindre un Repos Médical)

b) Partielle de jours soit du : au :

8. LIEU OÙ SE TROUVE LA VICTIME

HOPITAL :

.....
.....

DOMICILE :

.....

Fait à, le

Cachet et Signature du Médecin