

FICHE DE LIAISON ACCIDENT DU TRAVAIL

CENTRE : _____ SESSION : _____

Date de l'appel au bureau C.J.H : _____ Interlocuteur : _____

Heure : _____

VICTIME

NOM, Prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

N° d'Immatriculation : _____

Adresse du Centre de

Sécurité Sociale de l'Assuré (ou futur) : _____

Date de Naissance : _____ Nationalité : _____

Date d'Embauche : _____ Qualification : _____

L'accident a-t-il fait d'autres victimes : OUI - NON

ACCIDENT

⇒ Date : _____ ⇒ Heure : _____

Horaire de travail le jour de l'accident : de ___h___ à ___h___ et de ___h___ à ___h___

Lieu de l'accident : _____

⇒ Circonstances : _____

⇒ Siège des lésions : _____

⇒ Nature des lésions : _____

Victime transportée à : _____

Accident constaté ou connu le : _____ Heure : _____

Inscrit au registre infirmerie le : _____

⇒ Conséquences : - SANS ARRET DE TRAVAIL -

- AVEC ARRET DE TRAVAIL - Date de l'arrêt : _____

COORDONNEES DU MEDECIN OU DE L'HOPITAL

NOM : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Pour les hôpitaux : Nom du Service : _____

Nom du Médecin : _____

TEMOIN

NOM, Prénom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

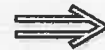
TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers : OUI - NON

Si oui, Nom et Adresse du tiers : _____

Nom et adresse de l'Assurance du tiers : _____

⇒ L'imprimé « Accident du Travail ou Maladie Professionnelle »



sera remis à l'Accidenté après avoir été complété selon le modèle.

Ce document est à conserver par l'accidenté durant toute la durée des soins. Il devra ensuite l'adresser au Centre de Sécurité Sociale dont il dépend.

⇒ LE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

sera établi en TROIS exemplaires par le Médecin :

- DEUX exemplaires seront donnés à l'accidenté pour expédition au Centre de Sécurité Sociale dont il dépend.

- UN exemplaire sera conservé dans le Dossier Directeur.