

# DOCUMENTS CERFA



# ***CAS CLINIQUES***

Indiquer à chaque étape du parcours du patient :

- **quels sont les imprimés CERFA qui doivent être établis pour faire valoir ses droits ?**
- **par qui ?**
- **qui les envoie ?**

# ***CAS CLINIQUE 1***

Mme H., 50 ans, mère de 3 enfants, travaille comme secrétaire chez un expert comptable, où elle est la seule employée.

Elle souffre depuis plusieurs années d'une sciatique gauche pour laquelle elle a déjà été opérée. Les douleurs sont toujours présentes malgré un traitement médicamenteux et des soins de kiné.

Elle est très souvent en arrêts maladie.

Elle vient de déménager et il lui faut maintenant 50 minutes de voiture matin et soir pour ses trajets domicile travail. C'est de plus en plus difficile, surtout avec sa vieille voiture dont les vitesses sont dures à changer.

N'en pouvant plus elle décide de prendre un nouvel arrêt. Pour cela elle va voir un nouveau médecin, près de son domicile.

Celui-ci lui prescrit des anti inflammatoires et du repos à domicile.

Au bout de quelques jours, Mme H. retourne le voir et elle veut reprendre son travail à temps partiel, tout en continuant sa kiné l'après midi.

Au bout de deux mois, elle reprend à temps complet.

Deux semaines après, en ramassant une feuille de papier tombée sur le sol, elle est de nouveau bloquée et s'arrête à nouveau.

Après plusieurs semaines de traitement sa situation est difficile; elle a du mal à rester debout ou assise de façon prolongée.

**Que pouvez vous faire pour elle, elle aimerait une reconnaissance de maladie professionnelle ?**

En accord avec le médecin traitant et le médecin du travail, elle décide d'entamer une procédure de reconnaissance de qualité de travailleur handicapé.

De plus elle voudrait demander une invalidité à la Sécurité Sociale.

**Que peut-on faire pour son véhicule ?**

Puis, malheureusement, la patiente ne pouvant plus faire son travail, une inaptitude en deux visites est prononcée par le médecin du travail.

**Quels imprimés supplémentaires dans cette procédure si lien avec un AT MP ?**

**Quelle autre procédure aurait pu être employée ?**

## ***CAS CLINIQUE N° 2***

Mr J., 20 ans, étudiant en sociologie, est déménageur pendant ses vacances d'été pour se faire un peu d'argent de poche. Il a un CDD de deux mois.

En soulevant un piano, il se fait une sciatique Dte, qui l'oblige à rester à la maison.

Il consulte son médecin traitant et lui demande de faire une déclaration en accident du travail.

Outre un traitement médical, un arrêt de travail d'une semaine lui est prescrit.

Une bout de la semaine le patient reprend son travail ; la déclaration d'accident du travail a été faite.

Quinze jours plus tard, Mr J. se refait de nouveau mal au dos lors du déménagement d'une maison. Il est de nouveau arrêté.

Devant la répétition des troubles, notre jeune patient demande à son médecin traitant de déclarer une maladie professionnelle pour être mieux pris en charge.

Il demande à consulter un médecin du travail, mais son employeur lui répond qu'avec deux mois de CDD il n'est pas soumis aux visites de médecine du travail.

48 heures avant la fin de son CDD Mr J. va beaucoup mieux, il a entièrement récupéré. Il ne sait pas quoi faire, son arrêt de travail étant arrivé à expiration. Un ami lui conseille de revoir son médecin traitant ? **Que lui proposez vous ?**

Il voudrait poursuivre des séances de kiné qui lui font du bien.

# C.E.R.F.A.



**C**entre d'**E**nregistrement et de **R**évision des **F**ormulaires  
**A**ministratifs

**Formulaires administratifs** = « tous les documents, quels qu'en soient la présentation et le support, y compris électronique, permettant à un usager d'accomplir une démarche administrative ».

*donc PDF téléchargeables sur [service-public.fr](http://service-public.fr)*

À l'exception des questionnaires statistiques

Créé en 1966, rattaché au Secrétariat général du Gouvernement en 1976 et depuis 1998 à la Direction Générale de la Modernisation de l'Etat.

Un correspondant CERFA par Ministère.

Les 2 plus gros « clients » :

- Ministères des finances (*docs fiscaux*)
- Ministères des affaires sociales (*formulaire Sécurité sociale*)

# OÙ LES TROUVER ?

[www.service-public.fr/formulaires](http://www.service-public.fr/formulaires)

[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

recherche par mots clés ou par numéro  
espace assuré / professionnel de santé / employeur

[www.sistepaca.org](http://www.sistepaca.org)

[www.net-entreprises.fr](http://www.net-entreprises.fr)

pour l'employeur

## Recherche par thème

Cliquez sur le thème correspondant à votre recherche.

- **Accident du travail / Maladie professionnelle (15 formulaires)**
- **Affiliation / Immatriculation (13 formulaires)**
- **Aide médicale de l'Etat (1 formulaire)**
- **Arrêt de travail (1 formulaire)**
- **Changement de situation (état-civil, famille, domicile) (2 formulaires)**
- **CMU Base (1 formulaire)**
- **CMU Complémentaire santé (5 formulaires)**
- **Cure thermale (2 formulaires)**
- **Décès (1 formulaire)**
- **Emploi / Chômage (5 formulaires)**
- **Grossesse / Maternité (4 formulaires)**
- **Indemnités journalières (1 formulaire)**
- **Invalidité (11 formulaires)**
- **Maladie (2 formulaires)**
- **Mandataires / Déclaration de revenus (1 formulaire)**
- **Médecin traitant (1 formulaire)**
- **Régime d'Alsace-Moselle (2 formulaires)**
- **Soins à l'étranger (2 formulaires)**
- **Soins dentaires / Traitements ODF (1 formulaire)**
- **Transports (2 formulaires)**

*Exemple :  
Espace assuré  
sur [ameli.fr](http://ameli.fr)*

*72 formulaires  
proposés !*



## CERFA et Secret médical

### Dérogation légale

Rappel du Conseil National Ordre des Médecins, sept-oct 2010 : ne mettre que les éléments nécessaires.

## Quelques-uns qui nous intéressent 1 / 2

- Déclaration du choix de médecin traitant 
- Avis d'arrêt de travail 
- Feuille de soins - médecin 
- Protocole de soins 
- Protocole de soins – concertation med conseil/ttt 
- Assurance invalidité - demande de pension 
- Attestation de salaire pour paiement des IJ 
- Attestation de salaire pour > 6 mois 
- Demande d'avis au médecin du travail (IPP) 
- Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH 
- Certificat médical MDPH 
- Dossier de demande de subvention AGEFIPH 

- Déclaration d'AT (employeur) 
- Information préalable – AT intérimaire 
- Déclaration MP 
- Certificat médical AT MP + arrêt 
- Feuille AT MP – bénéfice tiers payant 
- Attestation de salaire AT MP 
- Protocole pour soins après consolidation AT MP 
- Demande d'indemnité temporaire d'inaptitude 
- Avis motivé du CRRMP 
- Rupture conventionnelle 

## DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

**IMPORTANT** { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules  
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

### Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

**L'assuré(e)**  
nom \_\_\_\_\_  
*(noms, s'il y a lieu, du nom d'époux(e))*  
prénom \_\_\_\_\_

n° d'immatriculation

**Le bénéficiaire**  
nom \_\_\_\_\_  
*(noms, s'il y a lieu, du nom d'époux(e))*  
prénom \_\_\_\_\_

date de naissance

adresse de l'assuré(e) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Identification du médecin traitant

<b>cachet du médecin ou de l'établissement (*)</b> <i>(ou nom, prénom et adresse en majuscules)</i>	<b>nom et prénom du médecin salarié d'un établissement (*)</b> <i>(en majuscules)</i>
	nom _____
	prénom _____
	n° d'identification du médecin à compléter dans tous les cas <input type="text"/>

(\*) numéro de santé, établissement ou service médico social

### Déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

Le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Bénéficiaire <i>(et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de + 16 ans)</i>	Médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme, Melle	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
Signature(s) _____	Signature _____

Déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

- 1 volet
- A remplir par le patient (>= 16 ans) et le médecin traitant
- A adresser à sa CPAM





# avis d'arrêt de travail

n°10170\*04

initial  de prolongation (\*) volet 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil (art. L.162-4-1-ter al. L.162-4-4, L.815-2, L.823-5, R.921-2, R.923-11-1, D.823-2, L.873-1, D.816-23 et D.816-42 du Code de la sécurité sociale)

## l'assuré(e)

numéro d'immatriculation  **Ce modèle est présenté à titre d'information.**  
 nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))  **Pour votre démarche, le formulaire original vous sera fourni par l'organisme d'assurance maladie.**  
 prénom   
 code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)   
 adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1)   
 code postal  ville  n° de téléphone :   
 bâtiment :  escalier :  étage :  appartement :  code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est obligatoire si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée  profession indépendante   
 sans emploi  date de cessation d'activité :  précisez votre situation (voir notice 0)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 6) oui  date  non   
 l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermique oui  non   
 l'arrêt prescrit est en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre oui  non

(\*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante :  
 médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial  médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant  à l'occasion d'une hospitalisation   
 autre cas  précisez et indiquez le motif :

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale   
 adresse   
 n° téléphone :

## les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :   
 et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) :  inclus  
 sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 6)  
 sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)  
 \* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui  à partir du  non   
 (l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 6)  
 par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaires :  
 non  oui  à partir du  (voir notice 6 bis)  
 reprise à temps partiel pour raison médicale  à partir du  (voir notice 6)  
 (art. L.323-2 du Code sécurité sociale)

éléments d'ordre médical (voir notice 2) :

date  identification du praticien et le cas échéant de l'établissement   
 signature du praticien

S 3116 f

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. La loi rend possible d'emander et/ou d'emprisonnement qu'on se rend coupable de fausses ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).

- Initial et de prolongation
- 3 volets
- par médecin traitant (sauf ...)
- remis au patient avec une enveloppe « Mr le médecin conseil »
- 2 volets à envoyer au service médical de la CPAM dans les 48 heures
- 1 volet pour l'employeur







## protocole de soins

concertation médecin conseil/médecin traitant  
fiche complémentaire au protocole du

### personne recevant les soins

- identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (nava, s'il y a lieu, du nom d'épouse)

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

- identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (nava, s'il y a lieu, du nom d'épouse)

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

### observations du médecin conseil

date

signature et cachet du médecin conseil

### réponse du médecin traitant \*

date

signature et identification du médecin traitant

\* en cas de désaccord, l'expertise médicale est la voie de recours prévue à l'article L. 141-1 du Code de la sécurité sociale  
La loi 79-17 du 6.1.79 modifiée relative à l'Information, aux fichiers centralisés, au droit d'accès et de rectification des données après des obligations de traitement des données.

S 3592

-1 page

- adressé par médecin conseil au médecin traitant en cas de désaccord ou de demande d'informations supplémentaires







- 1 page
- à remplir par l'employeur qui l'envoie à la CPAM





No 11136\*02

**ATTESTATION DE SALAIRE  
DELIVREE PAR L'EMPLOYEUR DANS LE CAS  
D'UNE INTERRUPTION CONTINUE SUPERIEURE A 6 MOIS  
(Art. R 313-3 2° a et b du Code de la Sécurité Sociale)**

SECURITE SOCIALE

EMPLOYEUR

NOM - PRENOM ou DENOMINATION \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 N° TELEPHONE \_\_\_\_\_  
Code postal

Numéro SIRET \_\_\_\_\_ S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case

ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION \_\_\_\_\_ MATRICULE DANS L'ENTREPRISE \_\_\_\_\_

NOM PATRONYMIQUE - PRENOM \_\_\_\_\_  
(avec P.F.F. à l'écrit devant être signé)  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
Code postal

EMPLI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail \_\_\_\_\_

Indiquer :

soit le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date d'interruption de travail \_\_\_\_\_ euros

et le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le salarié au cours des 6 premiers mois de cette même période \_\_\_\_\_ euros

soit le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail \_\_\_\_\_

et le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 3 premiers mois de la période considérée. \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Nom du signataire \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

Signature de l'employeur \_\_\_\_\_

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fautes ou de fausses déclarations (art. L. 114-13 du Code de la Sécurité Sociale, 4411 du Code P énal). La loi 2817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux bases s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

8 3202 \*

**cerfa** N° 60 3823

**REPRISE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE D'UNE VICTIME ATTEINTE D'UNE INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE**

SECURITE SOCIALE ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE

DEMANDE D'AVIS AU MEDECIN DU TRAVAIL (articles R 434 - 34 du Code de la Sécurité Sociale et R 241 - 51 du Code du Travail)

A COMPLÉTER PAR L'ORGANISME ET A CONSERVER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)**

Numero d'immatriculation \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
 Nom Patronymique \_\_\_\_\_ Dénomination de \_\_\_\_\_  
 Nom d'Usage \_\_\_\_\_ Employeur et \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_ Adresse de \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Ville/département \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ d'attaché \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT OU LA MALADIE**

ACCIDENT DU TRAVAIL } > DATE \_\_\_\_\_ > MALADIE PROFESSIONNELLE } > DATE \_\_\_\_\_  
 ACCIDENT DE TRAVAIL } > NUMERO \_\_\_\_\_ > MALADIE PROFESSIONNELLE } > NUMERO \_\_\_\_\_  
 MALADIE PROFESSIONNELLE } > RECENSEMENT \_\_\_\_\_ > RECENSEMENT \_\_\_\_\_  
DE L'ACCIDENT DE TRAVAIL (PROFESSEUR) DE L'ACCIDENT DE TRAVAIL (PROFESSEUR)

ORIGINE DE LA DEMANDE  MEDICIN TRAVAIL DE LA VICTIME  
 MEDICIN CONSEIL  
 VICTIME

**DESCRIPTIF MEDICAL**

**SIÈGE ET NATURE DES LÉSIONS, ATTEINTE FONCTIONNELLE PRÉVISIBLE :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ARRÊT DE TRAVAIL :**

@ DURÉE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL, prescrit par le médecin traitant de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 @ DATE probable de la REPRISE DU TRAVAIL \_\_\_\_\_  
 @ DATE probable de la CONSOLIDATION \_\_\_\_\_  
 @ ET probable INDÉPENDANT A 10 % \_\_\_\_\_  
 @ ET probable ÉGAL OU SUPÉRIEUR A 10 % \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMPRESSEUR DU MEDICIN TRAVAIL Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU MEDICIN CONSEIL \_\_\_\_\_

LE 01/07/2017, les formulaires de demande de réévaluation des incapacités ont été actualisés afin de garantir un droit d'accès à la réévaluation pour les demandeurs. Pour plus d'informations, consultez le site de gestion des incapacités.

**cerfa** N° 60 3823

**REPRISE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE D'UNE VICTIME ATTEINTE D'UNE INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE**

SECURITE SOCIALE ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE

AVIS DU MEDECIN DU TRAVAIL (articles R 434 - 34 du Code de la Sécurité Sociale et R 241 - 51 du Code du Travail)

A COMPLÉTER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL ET A RETOURNER DANS LES QUINZE JOURS AU MEDICIN CONSEIL, SEUL OU COMPLEMENTAIRE, A L'UN DE DEUX VOIETS JOINTS

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)**

Numero d'immatriculation \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_  
 Nom Patronymique \_\_\_\_\_ Dénomination de \_\_\_\_\_  
 Nom d'Usage \_\_\_\_\_ Employeur et \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_ Adresse de \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Ville/département \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ d'attaché \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACCIDENT OU LA MALADIE**

ACCIDENT DU TRAVAIL } > DATE \_\_\_\_\_ > MALADIE PROFESSIONNELLE } > DATE \_\_\_\_\_  
 ACCIDENT DE TRAVAIL } > NUMERO \_\_\_\_\_ > MALADIE PROFESSIONNELLE } > NUMERO \_\_\_\_\_  
 MALADIE PROFESSIONNELLE } > RECENSEMENT \_\_\_\_\_ > RECENSEMENT \_\_\_\_\_  
DE L'ACCIDENT DE TRAVAIL (PROFESSEUR) DE L'ACCIDENT DE TRAVAIL (PROFESSEUR)

ORIGINE DE LA DEMANDE  MEDICIN TRAVAIL DE LA VICTIME  
 MEDICIN CONSEIL  
 VICTIME

**AVIS MEDICAL**

EXAMEN REALISE LE \_\_\_\_\_

**L'ASSURE(E) :**

**PARAIT APTE A REPRISE SON POSTE DE TRAVAIL ANTERIEUR DANS L'ENTREPRISE**

sans mesure particulière  
 à la date précisée  
 après la date précisée

dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique (1)  
 dans le cadre d'un contrat de rééducation professionnelle (2)

**PARAIT APTE A REPRISE SON POSTE DE TRAVAIL ANTERIEUR DANS L'ENTREPRISE MAIS APTE A Y OCCUPER UN AUTRE POSTE**

sans mesure particulière  
 après aménagement du poste  
 dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique (1)  
 dans le cadre d'un contrat de rééducation professionnelle (2)  
 après une période de rééducation professionnelle assurée hors de l'entreprise

**PARAIT APTE A REPRISE TOUT POSTE DE TRAVAIL DANS L'ENTREPRISE MAIS APTE A OCCUPER UN EMPLOI EN MILIEU ORDINAIRE DE TRAVAIL**

**PARAIT APTE AU TRAVAIL EN MILIEU NON PROTEGE**

**OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMPRESSEUR DU MEDICIN DU TRAVAIL Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU MEDICIN DU TRAVAIL \_\_\_\_\_

LE 01/07/2017, les formulaires de demande de réévaluation des incapacités ont été actualisés afin de garantir un droit d'accès à la réévaluation pour les demandeurs. Pour plus d'informations, consultez le site de gestion des incapacités.

- 2 volets, adressé par médecin conseil au médecin du travail en cas AT MP
- visite de pré reprise / volet 2 retourné au médecin conseil
- avec une enveloppe retour, 15 jours pour répondre



Tampon dateur de la MDPH

# Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

cerfa  
N° 13788\*01

## A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom d'épouse ou nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Masculin  Féminin  
Nationalité :  Française  EEE ou Suisse  Autre  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : \_\_\_\_\_  
N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Nom de l'organisme de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :  
Le n° : \_\_\_\_\_ Dans quel département ? \_\_\_\_\_

## A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Adresse électronique : \_\_\_\_\_  
Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement  
ou d'action sociale), précisez lequel : \_\_\_\_\_

## A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____

Espace réservé  
P 1110601 G  
DMDPH

- 8 pages + notice  
explicative

- Rempli par la  
personne concernée (ou  
représentant

- A envoyer à la MDPH



- 4 pages
- Rempli par le médecin traitant
- Peut être contre signé par le médecin du travail
- + un formulaire spécial si déficience visuelle ou audiog. si déficience auditive
- patient l'envoie à la MDPH avec le formulaire de demande





  
 N° 13878\*01

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et de la ville

## Certificat médical

**Destiné à être joint à une demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**

Nom de naissance .....

Nom d'épouse .....

Prénom ..... Date de naissance ...../...../.....

Adresse .....

N° d'immatriculation sécurité sociale .....

N° de dossier auprès de la MDPH (si connu) .....

➡ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES) et

Il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap\* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

**Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :**

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du ....., il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M.....

A ..... le ..... Cachet

Signature du médecin

➡ Dans les autres cas : **Veillez compléter le certificat médical suivant**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

**Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.**

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

\* «Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.» (Article L.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)





CONCERNANT UN ACCIDENT DU TRAVAIL DONT A ÉTÉ VICTIME UN SALARIÉ MIS A DISPOSITION D'UNE ENTREPRISE UTILISATRICE PAR UNE ENTREPRISE DE TRAVAIL TEMPORAIRE OU PAR UN GROUPEMENT D'EMPLOYEURS (article 24, 2e alinéa de la loi n° 721 du 3-1-1972 et article 48 de la loi n° 85.772 du 25-7-1985)

Au plus tard 24 heures après avoir pris connaissance de l'accident, l'employeur utilisateur adresse, par lettre recommandée, le 1<sup>er</sup> volet à l'entreprise de travail temporaire ou au groupement d'employeurs, le 2<sup>e</sup> volet au service prévention de la CRAM, le 3<sup>e</sup> volet à l'inspection du travail et conserve le 4<sup>e</sup> volet.



**ENTREPRISE UTILISATRICE (cf. 1<sup>er</sup> alinéa de l'art. L 124.3 et art. L 127.1 et suivants du Code du Travail)**

RÉSERVE CRAM

Nom, prénom ou raison sociale \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ N° Téléphone \_\_\_\_\_

Lieu de travail de la victime (établissement ou chantier) : \_\_\_\_\_  
 N° SIRET de l'établissement \_\_\_\_\_  
 Code de Sécurité sociale (à 5 chiffres) d'activité professionnelle figurant sur la notification du taux applicable à l'établissement ou chantier \_\_\_\_\_

CTN \_\_\_\_\_  
 Groupes d'activités \_\_\_\_\_

**ENTREPRISE DE TRAVAIL TEMPORAIRE OU GROUPEMENT D'EMPLOYEURS (1)**

Raison Sociale : \_\_\_\_\_  
 Adresse de l'agence ou du groupement \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ N° Téléphone \_\_\_\_\_  
 N° SIRET de l'agence \_\_\_\_\_  
 ou du groupement \_\_\_\_\_  
 Code de Sécurité Sociale (à 5 chiffres) d'activité professionnelle figurant sur la notification du taux applicable à l'agence ou au groupement \_\_\_\_\_

CTN \_\_\_\_\_  
 Groupes d'activités \_\_\_\_\_

**VICTIME**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 A défaut Sexe \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Nom, prénom \_\_\_\_\_  
 (Suiv. s'il y a lieu, du nom d'époux)  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Nationalité  Française  C.E.E.  Autre  
 Date de recrutement par l'agence ou le groupement \_\_\_\_\_ par l'entreprise utilisatrice \_\_\_\_\_  
 Qualification professionnelle (2) \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_ Emploi réellement exercé \_\_\_\_\_  
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?  OUI  NON

CTN \_\_\_\_\_  
 Groupes d'activités \_\_\_\_\_

**ACCIDENT**

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  
 Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ et de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 Lieu de l'accident (2) \_\_\_\_\_  
 Circonstances détaillées de l'accident (2) \_\_\_\_\_  
 (indiquez, le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé).  
 Siège des lésions (2) \_\_\_\_\_  
 Nature des lésions (2) \_\_\_\_\_  
 Victime transportée à \_\_\_\_\_

CTN \_\_\_\_\_  
 Groupes d'activités \_\_\_\_\_

Accident  constaté } le \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  
 connu } par l'employeur utilisateur  par ses préposés  décrit par la victime  
 Conséquences :  SANS ARRÊT DE TRAVAIL  AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (2)  DÉCÈS

**TEMOINS**

Nom, prénom \_\_\_\_\_  
 et \_\_\_\_\_  
 adresse \_\_\_\_\_  
 Un rapport de police a-t-il été établi ?  OUI  NON par qui ? \_\_\_\_\_

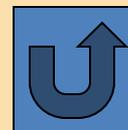
**TIERS**

L'accident a-t-il été causé par un tiers :  OUI  NON  
 Si oui, nom et adresse du tiers \_\_\_\_\_  
 Site d'assurance du tiers \_\_\_\_\_

Nom, prénom du signataire \_\_\_\_\_ Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Qualité \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

(1) À compléter au cas échéant, le cas échéant, à l'entreprise de travail temporaire ou au groupement d'employeurs.  
 (2) Se reporter à la notice.

- 4 volets
- à remplir par l'entreprise utilisatrice
- à envoyer par LR AR dans les 24 heures, à l'entreprise de travail temporaire, à CARSAT et à l'inspecteur du travail





**cerfa**  
n°11130\*02

**certificat médical**  
accident du travail  
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)  
 initial     de prolongation  
 final     de rechute

Volet 1, à adresser  
par le praticien à  
l'organisme dans  
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-2, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

**L'assuré(e)**

statut :  général     agricole     autre     inactif ?

nombre d'inscriptions :  la restriction est proposée à titre d'indication.  
non (sauf s'il y a lieu de noter d'éventuelles) :  Pour votre information, le formulaire original vous sera fourni par l'organisme d'assurance maladie.

prénom : \_\_\_\_\_

adresse où la victime peut être visitée (et différente de votre adresse habituelle) (1) : \_\_\_\_\_

code postal : \_\_\_\_\_ ville : \_\_\_\_\_ n° téléphone : \_\_\_\_\_

business : \_\_\_\_\_ quartier : \_\_\_\_\_ étage : \_\_\_\_\_ appartement : \_\_\_\_\_ code d'arrêté de la commune : \_\_\_\_\_

(1) l'accès préalable de votre centre est OBLIGATOIRE si votre adresse se situe hors de votre département de résidence

d'arrêt de travail ?  d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle : \_\_\_\_\_ (voir notice ④)

présentation de la feuille d'accident de travail/maladie professionnelle : oui  non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les données doivent être demandées par l'ART-1 du Code de la sécurité sociale

**L'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale : \_\_\_\_\_

adresse : \_\_\_\_\_

n° téléphone : \_\_\_\_\_

adresse : \_\_\_\_\_

**les renseignements médicaux**

\* constatations détaillées (âge, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ④)

\_\_\_\_\_

\* constatations  
selon sans arrêt de travail  jusqu'à : \_\_\_\_\_

arrêt de travail jusqu'à (en lettres lisses) \_\_\_\_\_ inclus

sorties autorisées : oui  à partir du \_\_\_\_\_ non

(l'arrêt) doit être prolongé (à son domicile entre 9 et 12 heures et entre 14 et 18 heures. Voir notice ④)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'heures :  
non  oui  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice ④)

reprise de travail le \_\_\_\_\_ (voir notice ④)

reprise d'un travail léger pour raison médicale  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice ④)

éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'heures ou la reprise d'un travail léger  
(voir notice ④)

\_\_\_\_\_

\* évaluations (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ④)

guérison avec retour à l'état antérieur  date \_\_\_\_\_

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure  date \_\_\_\_\_

consolidation avec séquelles  date \_\_\_\_\_

certificat établi le \_\_\_\_\_ identifier du praticien et, le cas échéant, de l'établissement  
à \_\_\_\_\_

signature du praticien \_\_\_\_\_

④ 60996

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'automatisme, aux données et aux libertés d'applications aux réponses faites sur ce formulaire. Elle permet le droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend possible d'obtenir votre empreinte génétique et rend possible de double ou de tripler les données (art. L.1162) du Code de la sécurité sociale, ainsi que le Code pénal.

- AT Atrajet MP dans & hors tableaux
- initial, prolongation, final , rechute
- 3 volets + 1 volet si arrêt
- rempli par médecin traitant
- volets 1 & 2 adressé sous 24 heures à CPAM par le médecin
- volet 3 à la victime



- Volet 4 si arrêt de travail
- A adresser à l'employeur ou aux Assedic



**cerfa** certificat arrêt de travail  
n°11150\*02

(ne cocher qu'une seule case)  
 initial     de prolongation  
 de recluse

(articles L. 441-6, L. 461-6, L. 433-2, L. 323-6, R. 433-10, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

**L'assuré(e)**

régime :  général     agricole     autre    lequel ? : \_\_\_\_\_

numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

nom (prénoms et nom de famille) : \_\_\_\_\_

prénoms : \_\_\_\_\_

adresse où la victime peut être visitée (et différente de votre adresse habituelle) (1) : \_\_\_\_\_

code postal : \_\_\_\_\_ ville : \_\_\_\_\_ n° téléphone : \_\_\_\_\_

bâtiment : \_\_\_\_\_ étage : \_\_\_\_\_ appartement : \_\_\_\_\_ code d'accès de la résidence : \_\_\_\_\_

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE et cette adresse se situe dans votre département de résidence

d'un accident de travail ?     d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle : \_\_\_\_\_ (voir notice 0)

profession de la victime d'accident de travail/maladie professionnelle : oui  non (2)

(2) en cas de non profession de la victime, les numéros doivent être demandés (art. L. 402-3 du Code de la sécurité sociale)

**L'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale : \_\_\_\_\_

adresse : \_\_\_\_\_

n° téléphone : \_\_\_\_\_

secteur : \_\_\_\_\_

seins sans arrêt de travail  jusqu'au \_\_\_\_\_

arrêt de travail jusqu'au (en lettres) \_\_\_\_\_ incisif

sorties autorisées : oui  à partir de \_\_\_\_\_ non

(s'inscrit) date des prévisions de ces sorties entre 9 et 17 heures et entre 18 et 19 heures. Voir notice 0)

par exception, pour raisons médicales dûment justifiées, sorties autorisées sans restriction d'heures : non  oui  à partir de \_\_\_\_\_ (voir notice 0)

raison de travail le \_\_\_\_\_ (voir notice 0)

regain d'un travail léger pour raisons médicales  à partir du \_\_\_\_\_ (art. L.4114 du Code de la sécurité sociale. Voir notice 0)

**CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE OU A L'ASSEDIC SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE**

certificat établi le \_\_\_\_\_ identification du médecin et, le cas échéant, de l'établissement \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

signature du médecin \_\_\_\_\_

**8 69006**

Le formulaire de C.S. 78 modifié est remis à l'employeur, aux salariés et aux élèves d'apprentissage sans aucune frais sur sa destination. Une pénalité de droit d'accès et de certification pour les données peut intervenir.

Le formulaire de C.S. 78 modifié est remis à l'employeur, aux salariés et aux élèves d'apprentissage sans aucune frais sur sa destination. Une pénalité de droit d'accès et de certification pour les données peut intervenir.



- 1 page
- En cas AT MP
- Rempli par l'employeur
- qui l'envoie à CPAM si AT
- qui le remet à la victime si MP
- Le salarié doit signer si demande de subrogation



**ceffa** **ATTESTATION DE SALAIRE ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE** Sécurité Sociale

N° 1119702  
 ATTENTION : Ce formulaire est à compléter par l'employeur en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Il est à compléter par la victime en cas de maladie professionnelle.

**EMPLOYEUR**

Nom, Prénom ou raison sociale : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ N° de Téléphone : \_\_\_\_\_

**ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME**  
 (si différent de l'établissement déclaré comme établissement d'attache permanent)

Adresse : \_\_\_\_\_ N° de Téléphone : \_\_\_\_\_  
 N° SIRET de l'établissement : \_\_\_\_\_

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification de l'accident applicable à l'accident dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime

**VICTIME**

N° d'identification : \_\_\_\_\_  
 A défaut : sexe  M  F Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 NOM, Prénom (sans majuscule) : \_\_\_\_\_ Nationalité :  Française  C.E.E.  Autre  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 Date d'embauche : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ Ancienneté dans le poste : \_\_\_\_\_  
 Qualification professionnelle : \_\_\_\_\_  
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?  OUI  NON

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN DU TRAVAIL**

Nom, adresse : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRÊT DE TRAVAIL**

Date de l'accident ou de la 1<sup>re</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle : \_\_\_\_\_  
 Date du dernier jour de travail : \_\_\_\_\_  
 Date de reprise du travail : \_\_\_\_\_  
 Motif de l'arrêt :  Accident de travail  Maladie professionnelle  
 Travail non repris à ce jour :  OUI  NON

**SALAIRES DE REFERENCE (en euros) (en fonction de la date d'arrêt de travail)**

SALAIRE DE BASE ET ACCESSES DU SALAIRE DE LA PERIODE DE REFERENCE	SALAIRE DE BASE				ACCESSES DU SALAIRE				
	DATE D'ARRÊT DE TRAVAIL	01	02	03	INDICATEUR	INDICATEUR	INDICATEUR	INDICATEUR	INDICATEUR

**A** Rappel de salaire en accessoires du salaire relatif avec une périodicité différente de celle du salaire de base

DATE DE RECEVABILITE	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR

**B** Cas où la période de référence n'a pas été entièrement accomplie

DATE DE RECEVABILITE	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR

**C** Salaires de référence en euros

DATE DE RECEVABILITE	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR

**D** Salaires de référence en euros

DATE DE RECEVABILITE	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR	PERIODE	INDICATEUR

**DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MANTEN DE SALAIRE**

**A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR**

Le salarié pendant lequel l'employeur demande la subrogation : \_\_\_\_\_  
 du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 pendant cette période le salarié aura maintenu :  l'emploi  l'indemnité  l'indemnité  
 le contrat :  à durée indéterminée  à durée déterminée  temporaire

**A COMPLETER PAR LA VICTIME**

Justifie mon employeur pendant mes indemnités journalières pendant il précise indiquer ci-dessus : \_\_\_\_\_  
 Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_

**PAR LE** N° de signature : \_\_\_\_\_  
 Date de signature : \_\_\_\_\_

**Signature de l'employeur**

Si l'employeur demande d'imprimer ce formulaire, il doit le faire sur un support informatique compatible avec les logiciels de traitement de texte. Ce formulaire est à compléter par l'employeur en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Il est à compléter par la victime en cas de maladie professionnelle.

99023

accidents du travail et maladies  
professionnelles  
protocole pour soins après consolidation  
définis et prescrits par le médecin traitant en accord avec le médecin conseil

volet 1  
à conserver  
par le médecin  
traitant

**l'assuré(e) (à compléter par le médecin conseil)**

• **identification de l'assuré(e)**

nom de naissance (ainsi qu'il y a lieu de son d'usage-prénom)

adresse

code postal | commune

numéro d'immatriculation

accident du travail ou maladie professionnelle du | considéré(e) le

reclame du | considérée le

**informations (à compléter par le médecin traitant)**

• **nature et localisation des séquelles imputables à l'accident ou à la maladie pour lesquelles les soins sont nécessaires:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **programmes de soins proposés**

• **actes médicaux – nature, périodicité**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **prescriptions pharmaceutiques – nature, posologie**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **actes para-médicaux – nature, rythme**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **autres**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

durée proposée : période du | au

**médecin traitant**

**avis du médecin conseil**

accord (total ou partiel) pour la période

de | au |

désaccord

une notification de refus est adressée, le cas échéant, à la victime

signature et cachet de médecin conseil

signature et cachet de médecin traitant ou de l'intermédiaire

date

date

La loi 78-17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

649-63-2001

- 4 exemplaires

- Rempli par médecin traitant

- Soins médicalement justifiés en rapport avec les séquelles imputables à AT ou MP

- Envoyé par médecin traitant au service médical de CPAM

- Si accord, renvoyé au médecin traitant qui remet un volet au patient

- Si désaccord médecin conseil prend contact avec médecin traitant



- 3 volets

- Rempli par le médecin du travail lors de la 2ème visite d'inaptitude (1ère si en une fois) si lien entre inaptitude et AT MP et remis au salarié

- un des 3 volets à compléter par l'employeur



	<b>Accident du travail Maladie professionnelle</b>	<b>Volet 1</b> à adresser à votre organisme d'assurance maladie
n° 14103*01		
<b>DEMANDE D'INDEMNITE TEMPORAIRE D'INAPTITUDE</b>		
<small>(Articles L.433-1 et D.433-2 à D.433-8 du Code de la sécurité sociale, article D.4624-47 du Code du travail)</small>		
<b>A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)</b>		
<b>• identification</b>		
nom et prénom		<small>Ce modèle est mis en ligne pour information.</small>
n° d'immatriculation		<small>Pour votre démarche, le formulaire qui doit être utilisé vous sera remis par le médecin du travail.</small>
adresse		
<b>• renseignements relatifs à l'accident du travail ou la maladie professionnelle</b>		
date de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant conduit à l'inaptitude		
A la suite de l'accident ou de la maladie professionnelle ayant entraîné cette inaptitude, percevez-vous une rente ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
<b>• coordonnées de l'employeur</b> <small>(Ces indications ne concernent que le poste de travail pour lequel vous avez été déclaré(e) inapte)</small>		
nom, prénom ou dénomination sociale de votre employeur		
adresse		
<b>• attestation</b> <small>(avant de remplir cette attestation, lire les rubriques ① et ② de la notice jointe)</small>		
Je soussigné(e), M/Mme/Mlle....., déclare sur l'honneur que pendant le mois suivant la date de l'avis d'inaptitude relatif à l'accident ou à la maladie professionnelle précitée(e) :		
<input type="checkbox"/> Je ne percevrai aucune rémunération liée à mon activité salariée		
<input type="checkbox"/> Je percevrai une rémunération au titre de mes jours de congés, du ..... au .....		
<input type="checkbox"/> Je percevrai une rémunération liée à mon activité salariée (hors jours de congés), correspondant à ..... jours payés		
Je précise que j'ai un (ou plusieurs) autre(s) employeur(s) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Fait à..... le .....		Signature de l'assuré(e)
<b>A COMPLETER PAR LE MEDECIN DU TRAVAIL</b>		
Je soussigné(e), Dr....., certifie avoir établi le ..... un avis d'inaptitude pour M/Mme/Mlle....., qui est susceptible d'être en lien avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle en date du .....		
Fait à..... le .....		Signature du médecin du travail et cachet du service
<small>La loi 78.17 du 06-01-78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou fausses déclarations (articles L.114-13 du Code de la sécurité sociale, 441.1 Code pénal).</small>		
S 6110		



<b>Rupture conventionnelle d'un contrat de travail à durée indéterminée et formulaire de demande d'homologation en application de l'article L. 1227-14 du code du travail</b>	Colonne réservée à la DIRECCTE										
	confidentiel										
<b>I. Informations relatives aux parties à la convention de rupture</b>											
Nom et prénom du salarié											
Adresse Téléphone											
Emploi / qualification											
Nom ou raison sociale de l'employeur nom du signataire pour le compte de l'employeur n° de téléphone											
Adresse	n° de SIRET										
Convention collective applicable											
Ancienneté du salarié à la date envisagée de la rupture	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;">_</td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_	_	_		
Rémunération mensuelle brute des douze mois précédents											
mois de											
mois de											
mois de											
mois de											
mois de											
mois de											
Rémunération mensuelle brute moyenne											
<b>2. Déroulement des échanges pour convenir de la rupture conventionnelle</b>											
<b>A. Date du premier entretien (à compléter)</b>											
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;">_</td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_	_	_		
Appeler ou solliciter la possibilité qu'il a de contacter les services, notamment le service public de l'emploi, qui pourront l'aider à prendre sa décision en pleine connaissance de ses droits.											
Salarié assisté	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> oui</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> non</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;">si oui par</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui par							
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui par									
Employeur assisté	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> oui</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> non</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;">si oui par</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui par							
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui par									
<b>B. Date(s) des autres entretiens éventuels</b>											
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;">_</td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_	_	_		
Salarié assisté	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> oui</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> non</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;">si oui par</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui par							
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui par									
Employeur assisté	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> oui</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"><input type="checkbox"/> non</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;">si oui par</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui par							
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	si oui par									

<b>3. Convention de rupture</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>										
Les parties décident de rompre le contrat de travail à durée indéterminée qui les lie et conviennent d'un commun accord des conditions de la rupture de ce contrat : - droits afférents à la rupture de ce contrat ; - versement d'une indemnité de rupture du montant indiqué ci-dessous ; - date envisagée de la rupture, sous réserve des délais prévus par la loi, ci-après. <i>Autres clauses éventuelles :</i>												
Montant de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle (écrite en lettres)												
Date envisagée de la rupture du contrat de travail (à compléter)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;">_</td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	
_	_	_	_	_	_	_	_	_	_			
Date et signature précédée de la mention "Je et approuvé" par chaque partie												
<b>IMPORTANT :</b> La date de signature de la convention de rupture détermine le délai de rétractation de 15 jours calendaires pendant lequel chaque partie peut revenir sur sa décision. La demande d'homologation ne peut donc être transmise à la DIRECCTE qu'à l'issue du délai de 15 jours calendaires prévu pour l'exercice du droit de rétractation.												
Date de fin du délai de rétractation (à compléter)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;">_</td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_	
_	_	_	_	_	_	_	_	_	_			
Remarques éventuelles des parties ou des assistants sur ces échanges / autres commentaires												
<b>4. Décision du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle</b>												
Date de réception par la DIRECCTE de la demande d'homologation	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;">_</td> </tr> </table>		_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_	_	_			
<b>IMPORTANT :</b> La DIRECCTE dispose d'un délai d'instruction de 15 jours ouvrables, à compter du jour de la réception de la demande telle que précisée dans l'accusé réception délivré. A défaut de notification dans ce délai, l'homologation est réputée acquiescée.												
<b>Décision relative à l'homologation de la rupture</b>												
		refus										
		acceptation										
Si règles d'homologation par la DIRECCTE, mention de ses des causes de ou des motifs Jamais	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; border: 1px solid black;">non-respect des règles de l'existence indemnité de rupture conventionnelle inférieure au minimum non-respect du délai de rétractation absence de liberté de consentement <input type="checkbox"/> préciser : autres <input type="checkbox"/> préciser :</td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table>		non-respect des règles de l'existence indemnité de rupture conventionnelle inférieure au minimum non-respect du délai de rétractation absence de liberté de consentement <input type="checkbox"/> préciser : autres <input type="checkbox"/> préciser :									
non-respect des règles de l'existence indemnité de rupture conventionnelle inférieure au minimum non-respect du délai de rétractation absence de liberté de consentement <input type="checkbox"/> préciser : autres <input type="checkbox"/> préciser :												
date d'envoi de refus d'homologation aux parties à la convention												
Date et signature de DIRECCTE												

A faire homologuer par la DIRECCTE

