



**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**