

**I.N.S.S.**  
**B.P.1600 BUJUMBURA.**  
**Tél.218266 214455 Fax.6454**

**(Mod.A2)**

**CERTIFICAT MEDICAL DE PREMIERE CONSTATATION**

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

**1) Réservé au Médecin**

Nom du Médecin :

Numéro d'ordre :

Adresse :

**2) VICTIME : / / / / / / / / / / / / / /**

**3) EMPLOYEUR : / / / / / / / /**

**4) ACCIDENT / Date/ / / / / / /Heure/ / / / Type: Domicile  
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 / / / / / / /

(adjoindre un repos médical)

b) Partielle de/ / /jours  
soit du/ / / / au/ / / /

**8) Lieu où se trouve la victime**

Hôpital.....

Domicile.....

Fait à .....le.....

**Cachet et signature du Médecin**

**N° DE COMPTE DE L'ASSURE**