



Entreprise : .....

Adresse : .....

.....

N°Adhérent : .....

E mail : .....

## Fiche d'information de tout arrêt de travail d'une durée inférieure à trente jours pour cause d'accident du travail

M. / Mme : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Date de naissance : .....

Dossier médical N° : .....

**Date de l'arrêt de travail :** .....

**Date de reprise :** .....

- **Nature des lésions du salarié selon l'entreprise :**
  
- **Nature de l'accident de travail :**
  
- **Difficultés rencontrées à la reprise ? (Si oui, lesquelles:)**

### Art. R. 4624-24

Le médecin du travail est informé de tout arrêt de travail d'une durée inférieure à trente jours pour cause d'accident du travail afin de pouvoir apprécier, notamment, l'opportunité d'un nouvel examen médical et, avec l'équipe pluridisciplinaire, de préconiser des mesures de prévention des risques professionnels.

Cachet de l'entreprise

A ..... Le .....