DÉCLARATION DE MALADIE

ayant un caractère professionnel en agriculture

adressée à M. l'Inspecteur départemental des Lois Sociales en Agriculture

CERFA N° 50-4103

MALADE

Nom .....

.....

Adresse .....

.....

EMPLOYEUR

Nom .....

.....

Adresse .....

.....

Observation concernant la maladie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date .....

Nom et adresse du Médecin

Je soussigné, Docteur en Médecine, ...

après avoir examiné M. .....

.....

.....

N° matricule A.S.A. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

lequel m'a déclaré être employé chez M. .....
(adresse de l'exploitation ou entreprise)

.....

en qualité de .....

nature du travail effectué .....

déclare [1] : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à ..... , le .....

SIGNATURE du MEDECIN :

(1) Fournir toutes précisions utiles sur la maladie, ses symptômes et ses suites et notamment, si elle entraine une incapacité temporaire ou permanente de travail, indiquer l'agent causal présumé.

4-480 - 402 ATA 99