



## À FAIRE REMPLIR, À VOTRE DEMANDE, AVEC LE MÉDECIN RENCONTRÉ POUR FAIRE VALOIR CE QUE DE DROIT

Je soussigné(e) Monsieur, Madame..... certifie avoir rempli ce document avec l'aide du docteur.....

Taille : ..... Poids : .....

### En cas de MALADIE, compléter les rubriques suivantes :

- Pathologie lombaire      OUI  NON       avec radiculalgies      OUI  NON
- Pathologie dorsale      OUI  NON       avec radiculalgies      OUI  NON
- Pathologie cervicale      OUI  NON       avec radiculalgies      OUI  NON
- Dépression nerveuse      OUI  NON       réactionnelle      OUI  NON
- Autre pathologie psychiatrique      OUI  NON       nature exacte : .....
- Grossesse      OUI  NON       date du diagnostic de grossesse : .....
- Autre affection : .....

La (les) pathologie(s) responsables(s) de **l'arrêt de travail en cours** :

Pathologie	Date de l'arrêt de travail initial	Date des premiers symptômes à l'origine de la pathologie	Date de 1ere constatation médicale

■ Évolution probable : .....

■ Intervention chirurgicale      OUI  NON       Si oui, date : .....

■ **PATHOLOGIES ASSOCIÉES**      OUI  NON       Préciser et dater : .....

■ **ANTÉCÉDENTS**      OUI  NON       Préciser et dater : .....

### En cas d'ACCIDENT, compléter les rubriques suivantes (joindre si nécessaire la photocopie des ordonnances, comptes rendus hospitaliers...) :

■ Date et circonstances de l'accident : .....

■ Nature et siège des lésions : .....

■ Traitements : .....

■ À quelle date peut-on envisager la consolidation ? .....

■ Y aura-t-il des séquelles ? .....

## PRÉCISER LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉS

Date	Nature de l'examen	Résultats <small>Joindre la photocopie des comptes rendus</small>

**L'état de santé de notre adhérent lui permet-il d'exercer sa profession dans ses conditions habituelles à l'issue de l'arrêt de travail ?**

OUI       NON       **Durée prévisible de l'arrêt :** .....

**Quelles démarches seraient de nature à faciliter la reprise de travail de notre adhérent dans les meilleures conditions. Exemples : temps complet, temps partiel, aménagement de poste, reclassement... L'avis du médecin du travail peut être demandé.**

**Est-il capable :**

■ **de se déplacer seul**      OUI       NON       Si oui, à compter du

**Si notre adhérent a repris le travail, veuillez indiquer la date**     

**Établi à la demande de l'assuré(e) et remis à celui-ci en mains propres pour faire valoir ce que de droit.**

Fait à : .....

Le .....

Signature de l'adhérent  
« je certifie l'exactitude de ces informations »

**CACHET DU MÉDECIN**

Les informations collectées dans ce formulaire sont obligatoires pour traiter votre demande d'aide à l'établissement de votre état de santé, à défaut celle-ci ne pourra pas être prise en compte.

Les données à caractère personnel recueillies au soutien de ce formulaire sont collectées par la MNT, responsable de traitement, et ont pour finalité l'établissement de votre certificat médical patient. Les données collectées sont détruites 30 an(s) après la fin de votre adhésion. Sauf demande contraire de votre part, les données administratives collectées peuvent être transmises aux organismes suivant, NEERIA et KFP (Kiné France Prévention) agissant en tant que partenaires de la MNT pour assurer les prestations mentionnées en regard de leur nom.

Le traitement de vos données à caractère personnel est fondé sur votre consentement donné par la signature du présent formulaire complété. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous disposez encore du droit de solliciter, pour motif légitime, la limitation du traitement, de vous opposer audit traitement et du droit à la portabilité des données.

Vous pouvez exercer vos droits, par un écrit signé et en justifiant de votre identité par tout moyen, en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de la MNT par courriel à dpo@mnt.fr ou par courrier au 4, rue d'Athènes – 75009 Paris. La copie d'un titre d'identité comportant la signature du titulaire pourra éventuellement vous être demandée.

Enfin, vous avez encore le droit d'introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés [CNIL] sise 3, Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 – Tél. : +33 (0)1.53.73.22.22 ou www.cnil.fr.