

DECLARATION DE MALADIE

Cette déclaration ne doit être délivrée à l'assuré qu'au neuvième jour d'interruption de travail à la suite d'une même maladie, constatée par le cahier de visite médicale de l'entreprise (Art.114 du code de SS).

N° Immatriculation

celui de la carte de l'assuré

Nom et prénoms.....

Adresse.....

Nombre d'enfants à charge.....

**A remplir par
l'Employeur**

EMPLOYEUR :

Nom et Adresse.....

N° d'immatriculation a la caisse

QUI EST MALADE ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nom et Prénoms.....

Date de naissance.....

**A remplir par
le Médecin**

Date de constatation de la maladie.....

Nature de la maladie.....

S'il s'agit de l'assuré lui-même :

Y'aurait-il : Arrêt de Travail ? oui.....non

Hospitalisation ? oui.....non

Fait-le

**Cachet et Signature
de l'employeur**

**Cachet et Signature
du Médecin**

Attestation d'activité salariée

SALAIRE AFFERENT A LA PERIODE DE REFERENCE

ECHANGE DE LA PAYE	PERIODE		MONTANT	OBSERVATION

Date de la déclaration de maladie.....

L'Intéressé perçoit-il son salaire entier pendant la durée de la maladie ?.....oui.....non.....

Certifié exact

Conakry, le.....

L'Employeur

Signature : Le Délégué du Personnel

Cachet et Signature

N.B : Joindre obligatoirement le dernier bulletin de paye