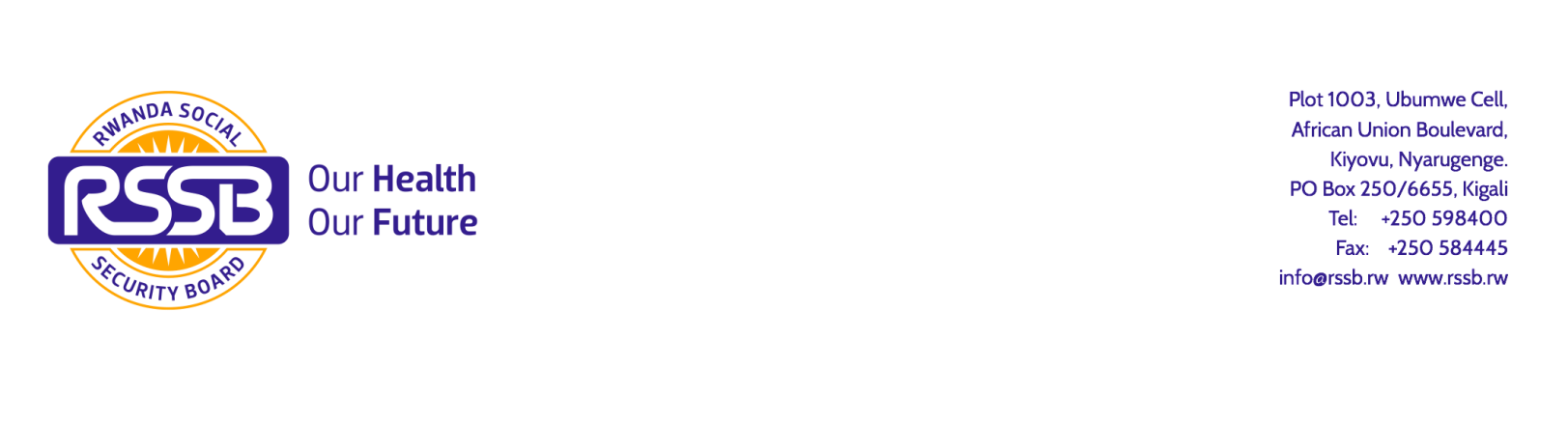
****

# (To be filled by a recognised medical doctor in 4 copies)

*A remplir par un médecin en 4 exemplaires*

1 copy for the medical doctor/*1 copie pour le médecin*

**Rwanda Social Security Board** 1 copy for the victim**/** *1 copie pour la victime*

# B.P. 250/6655 KIGALI2 copies for RSSB/ *1 copies pour RSSB.*

# Created by the law of 15/Nov.1962

Modified by decree law of 22/08/1974

|  |
| --- |
|  |
| Reserved for RSSB  *Resérvé à la RSSB* |

*Créée par la loi du 15 novembre 1962*

*Modifiée par le Décret-loi du 22/08/1974*

**FORM A512 3 4 5 6 7 8**

(art.21of the decree-law of 22/08/1974)

*(art.21 du décret-loi du 22/08/1974*

**CERTIFICATE OF HEALING OR CONSOLIDATION OF INJURIES**

***CERTIFICATE DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION DES LESIONS***

**IDENTIFICATION OF THE WORK INJURY VICTIM**

***IDENTIFICATION DU TRAVAILEUR VICTIME D’UN ACCIDENT***

Full name:………………………………………………… Affiliation no./*No.d’affiliation*

*Nom et prénom………………………………………………….*

Gender/*sexe*:…………………………………………………………….

Tel :…………………………………………………………

Date and place of birth:…………………District: …………………Province………………….

*Né/à………………………………………………………………………………………………………………………………….*

Father :………………………………..

*Père…………………………………………………*

Mother :………………………………. ID No:

*Mère……………………………………….. No. Carte d’identité....................*

Adressfor payment:.....…………………………………………………………………………..

*Adresse en cas de paiementéventuel ………………………………………………………………….*

**INFORMATION ABOUT THE ACCIDENT AND EMPLOYER**

***RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L’ACCIDENT ET A L’EMPLOYEUR***

Date of the accident:………………place ………………………………………………..hour.............................

*Date de l’accident.......lieu.....heure........................................................................................................................*

Denomination (name of the employer)……………………………………………………………………………

*Raison Sociale.........................................................................................................................................................*

Adress/e…………………………………………………….………………………………….

**MEDICAL INFORMATION:**

***RENSEIGNMENT D’ODRE MEDICAL***

Name of the medical doctorwho examined the work injury victim……………………………………………

*Nom et prénom du médecin examinateur…………………………………………………………………………………………………………….*

Hospital/Dispensary and address................................................…………………………………………………

*Hôpital/Dispensaire et adresse...........................................................................................................................*

Date of healing or consolidation of injuries....................................................................................................

*Date de guérison ou de la consolidation des lésions………………………………………………………………..*

Date of death........................................................................

*Date de décès......................................................................*

Detailed description of persisting complications.....................................................................

*Description détaillée des séquelles qui subsistent………………………………………………*

Permanent incapacity rate in accordance with existing regulatory standards .......……………………………..

*Taux de l’incapacitépermanente d’aprèsle barème réglementaire en vigueur…………………………………*

Is the victim in need of assistance of a third party? Yes/no

*La victime a-t-elle besions de l’assistance d’une tierce personne?Oui/non*

Is the victim in need of prosthetic or orthepedic appliances? Yes/no

If yes, what are they?.....................................................................

*La victime a-t-elle besoin d’appareils prothèse ou d’orthopédie ?Oui/non*

*Les quelles?*

Has the victim resumed work? Yes/no

If yes, when........................

*La victime a-t-elle repris se travail? Oui/ non*

*Date de la reprise (si oui)………………………..*

Done at...........on............./......../

Signature and stamp

*Fait à..................le.............../.........../*

*Cache et Signature du médecin*

N.B: The victim must undergo medical check-up every 30 days (Form.A3)

In case of extension of time set in Form A2, prepare form.A4

In case of healing, consolidation or death, prepareForm.A5

This certificate must be sent to RSSB by the Medical doctor that examined the victim

# N.B:*La victime doit être soumise à un examen médical tous les30 jours (Mod.A3)*

*En cas de prolongation du délai prévu sur le Mod.A2, remplir le Mod.A4*

*En cas de guérison, consolidation ou décès, remplirleMod.A5*

*Ce certificat doit être envoyé par le médecin examinateur à la RSSB*

|  |
| --- |
|  |
|  |