

Formulaire CNESST

Renseignements personnels	
Prénom	
Nom	
Date de naissance	
Adresse postale	
Courriel	
Téléphone	
Numéro de dossier CNESST	
Numéro d'assurance maladie	
Médecin traitant CNESST	
Prénom	
Nom	
Agent CNESST responsable de votre dossier	
Prénom	
Nom	
Téléphone	
Fax	

Également, penser apporter :

- Billet médical du médecin traitant en CNESST
- Prescription de traitements d'acupuncture
- Copie du rapport médical le plus récent (indiquant la date de l'événement d'origine et date de récidence s'il y a lieu)

Nom _____

Date _____

Signature _____