

CERTIFICAT MEDICAL



Humidifier et coller

Ne pas utiliser ce document en cas d'un accident du travail ou sur le chemin du travail

A. Données de la personne : à remplir lisiblement et complètement

Nom et prénom du membre du personnel :

Date de naissance :

N° Registre National

N° Matricule enseignant :

Rue, N° et boîte :

Code postal et localité : Téléphone (fixe ou GSM) :

Le cas échéant **domicile provisoire** durant la maladie : du...../...../..... Jusqu'au:/...../.....inclus

Nom sur la sonnette :

Rue, N° et boîte :

Code postal : Localité

Nom, adresse et numéro FASE de l'établissement :

Plier ici

Plier ici

B. Données du certificat : à compléter par le médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur en médecine, déclare, après interrogation et examen, que

Monsieur/Madame..... est incapable de travailler du/...../..... au/...../..... inclus

Cause de l'incapacité : ☐ maladie ☐ prolongation ☐ rechute ☐ Accident de la vie privée

Nature de l'affection :

☐ Congé de maternité du...../...../..... au:/...../..... inclus

☐ Demande de mi-temps médical (30j) : du/...../..... au :/...../..... inclus

☐ Prestations réduites à des fins thérapeutiques (6 mois) : du/...../..... au :/...../..... inclus

☐ Demande de séjour à l'étranger : du/...../..... au:/...../..... inclus

☐ Renouvellement de mission (1 an) : du/...../..... au :/...../..... inclus

☐ Maladie liée à la grossesse : du/...../..... au :/...../..... inclus

Sortie : autorisée ☐ Sortie interdite ☐

Hospitalisation : du/...../..... au :/...../..... inclus

Date de l'examen :/...../.....

Signature et cachet

Détacher ici

Détacher ici

C. A conserver par le membre du personnel

Je soussigné(e), Docteur en médecine, déclare, après interrogation et examen, que

Monsieur/Madame..... est incapable de travailler du/...../..... au/...../..... inclus.

Sortie: ☐ autorisée ☐ interdite

Cause de l'incapacité : ☐ maladie ☐ accident de la vie privée

☐ demande de mi-temps(30j) ☐ maladie liée à la grossesse

☐ congé de maternité ☐ demande de séjour à l'étranger

☐ renouvellement de mission (1an) ☐ prestations réduites à des fins thérapeutiques (6 mois)

Incapacité prescrite : du/...../..... au:/...../..... inclus

Hospitalisation : du/...../..... au:/...../..... inclus

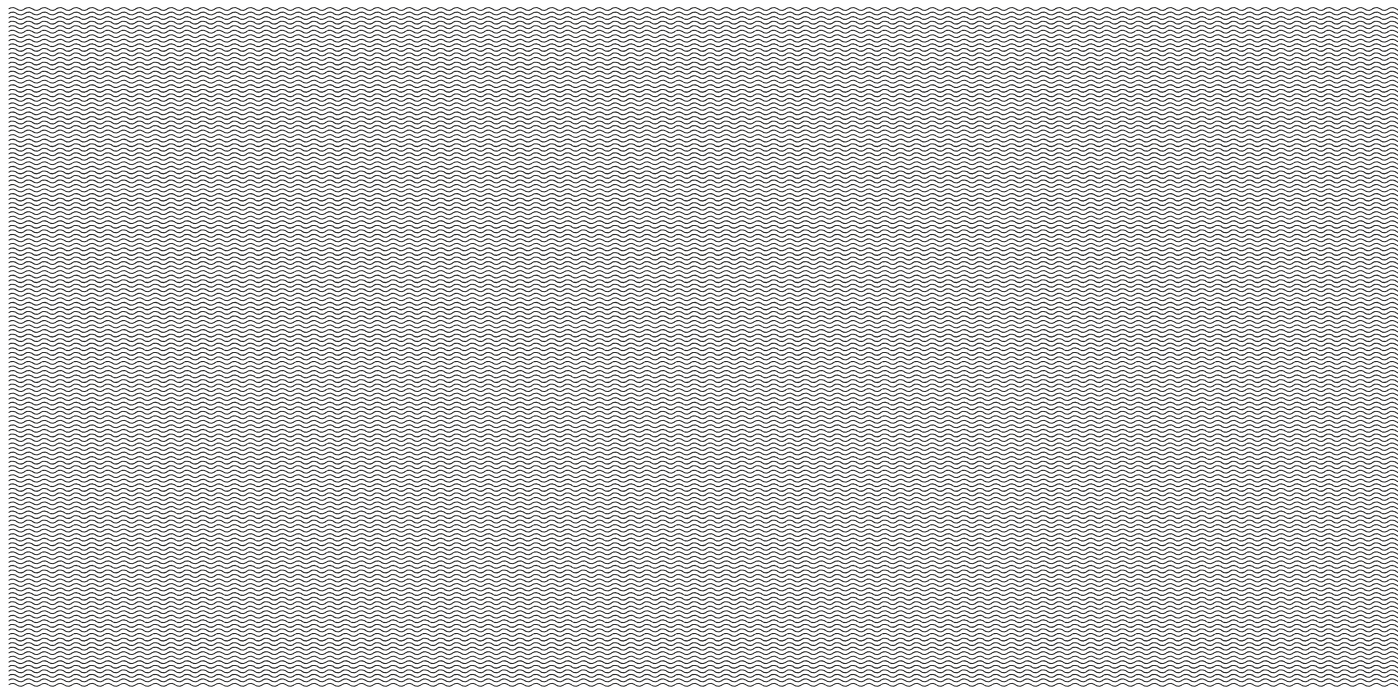
Date de l'examen :/...../.....

Signature et cachet



A AFFRANCHIR
COMME LETTRE

 **CERTIMED** Asbl
A l'attention du médecin coordinateur
Boîte postale 10018
1070 BRUXELLES



Les coordonnées que le membre du personnel communique au service médical ainsi que les coordonnées du médecin traitant, sont enregistrées dans un traitement automatisé afin de gérer les données de l'absence. Le responsable du traitement est Certimed A.S.B.L., G. Roppesingel 25, 3500 Hasselt. Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements des données à caractère personnel, le membre du personnel et le médecin traitant ont un droit de regard et un droit de correction. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez prendre contact avec la Commission de la protection de la vie privée (Rue Haute 139 à 1000 Bruxelles)