

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

Données de la personne : remplir où coller une étiquette

Nom, adresse et matricule de l'établissement:



L'Ecole Escale (Siège Social)

Allée de Clerlande, 6
B-1340 Ottignies
010/43.02.97

Nom et prénom: _____

Date de naissance: _____

N° matricule: _____

Rue, N° et boîte: _____

Code postal et Localité: _____

Le cas échéant **domicile provisoire durant la maladie**: de ____ / ____ / ____ jusqu'au: ____ / ____ / ____ inclus

Nom sur la sonnette: _____

Rue, N° et boîte: _____

Code postal: _____ Localité: _____

Et ici

Données du certificat : à compléter par le médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur en médecine, déclare, après interrogation et examen, que la personne ci-dessus est incapable de travailler

du ____ au ____ inclus

Cause de l'incapacité: maladie prolongation maladie liée à la grossesse rechute

Nature de l'affection: _____

accident de la vie privée survenu le _____

congé de maternité du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ inclus

demande de mi-temps médical du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ inclus

demande de séjour à l'étranger du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ inclus

Sortie autorisée Sortie interdite

Hospitalisation: du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ inclus

Date de l'examen: ____ / ____ / ____ Signature + cachet:

àcher ici

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.

Sortie: autorisée interdite

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

demande de mi-temps maladie liée à la grossesse

congé de maternité demande de séjour à l'étranger

Incapacité prescrite: du ____ / ____ / ____ jusqu'au ____ / ____ / ____ inclus

Hospitalisation: du ____ / ____ / ____ jusqu'au ____ / ____ / ____ inclus

Date de l'examen: ____ / ____ / ____ Signature + cachet: