

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 :

Humidifier et coller

Humidifier et coller

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

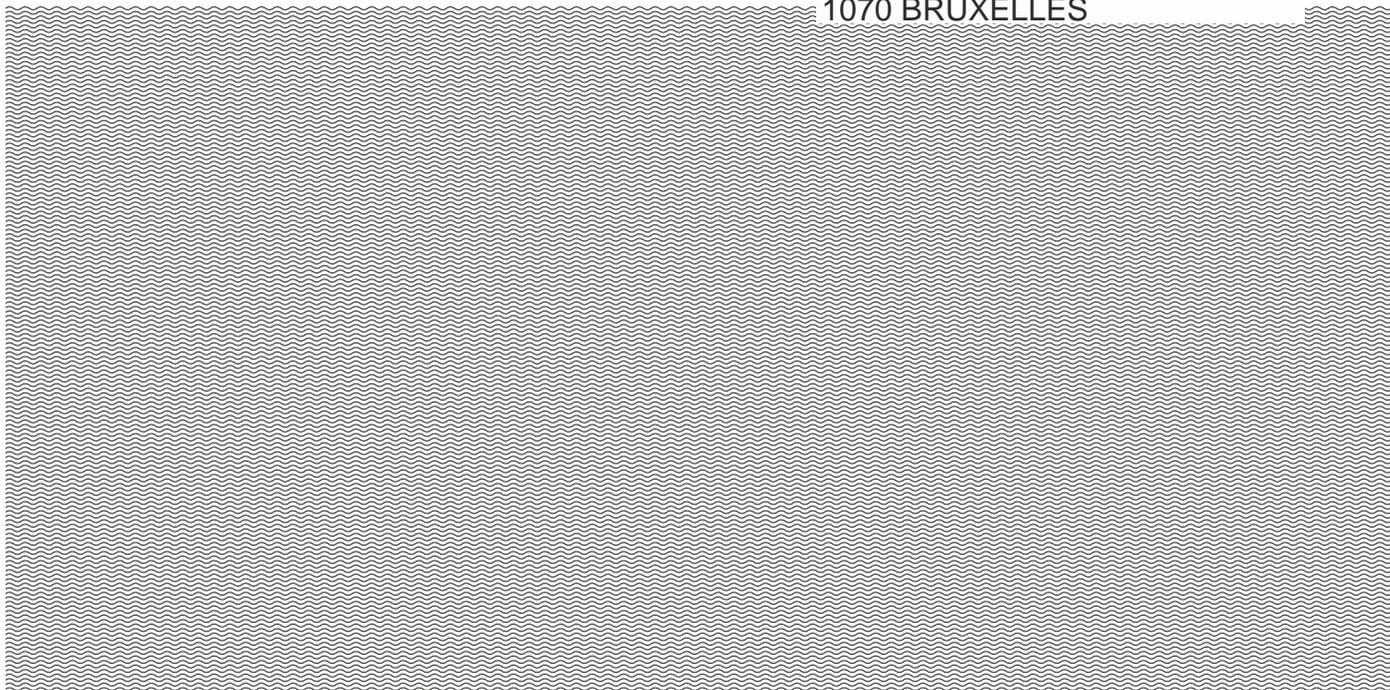
Signature et cachet

A AFFRANCHIR
COMME LETTRE



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., Corda Campus (bâtiment Corda 2), Kempische Steenweg 309/3.01, 3500 Hasselt. Conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et la loi du 5 septembre 2018 instituant le comité de sécurité de l'information, le membre du personnel et le médecin traitant ont un droit d'accès et de rectification. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez prendre contact avec l'Autorité de protection des données (Rue de la Presse, 35 à 1000 Bruxelles).