

Certificat médical

Ne pas utiliser ce document en cas d'un accident du travail ni en cas d'un accident

Ce document complété doit être envoyé à Certimed au plus tard 48 heures après votre visite chez le médecin.

Par e-mail à absenteisme.proximus@certimed.be ou par Bpost : Certimed Absentéisme ASBL, Boîte postale 10018, 1070 Anderlecht



A compléter par le membre du personnel

N° PER Nom et Prénom :

Adresse :

Résidence provisoire pendant la maladie :

Le nom indiqué sur la sonnette :

☐ Je n'autorise pas le service médical Certimed à informer Proximus si mon absence est due à une maladie grave.

A compléter par le médecin (Veuillez remplir toutes les données svp)

Je constate après entretien et examen que N° PER :

souffre de

Incapacité de travail prescrite : du / / jusqu'au : / /

Quitter le domicile est : Interdit / autorisé (Biffer la mention inutile)

Hôpital, admission à partir : du / / jusqu'au : / /

Certificat : 1er certificat / prolongation (Biffer la mention inutile)

Raison de l'incapacité de travail : Maladie / accident (Biffer la mention inutile)

Demande de prestations à temps réduit : 20% / 50% (biffer la mention inutile) du / / jusqu'au : / /

Date: / /

Signature + cachet :



A compléter par le médecin (Veuillez remplir toutes les données svp) Cher(e) collègue, veuillez détacher et garder ce coupon.

Je constate après entretien et examen que N° PER :

souffre de

Incapacité de travail prescrite : du / / jusqu'au : / /

Quitter le domicile est : Interdit / autorisé (Biffer la mention inutile)

Hôpital, admission à partir : du / / jusqu'au : / /

Certificat : 1er certificat / prolongation (Biffer la mention inutile)

Raison de l'incapacité de travail : maladie / accident (Biffer la mention inutile)

Demande de prestations à temps réduit : 20% / 50% (biffer la mention inutile) du / / jusqu'au : / /

Date: / /

Signature + cachet :