

# CERTIFICAT MEDICAL

**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 :

**Cours des Métiers d'Art du Hainaut**

105 Grand Route – 7000 MONS

Tél : 065/33.55.46

N° matricule : 5.210.018

N° FASE : 1196

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

étacher 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 : ...../...../.....

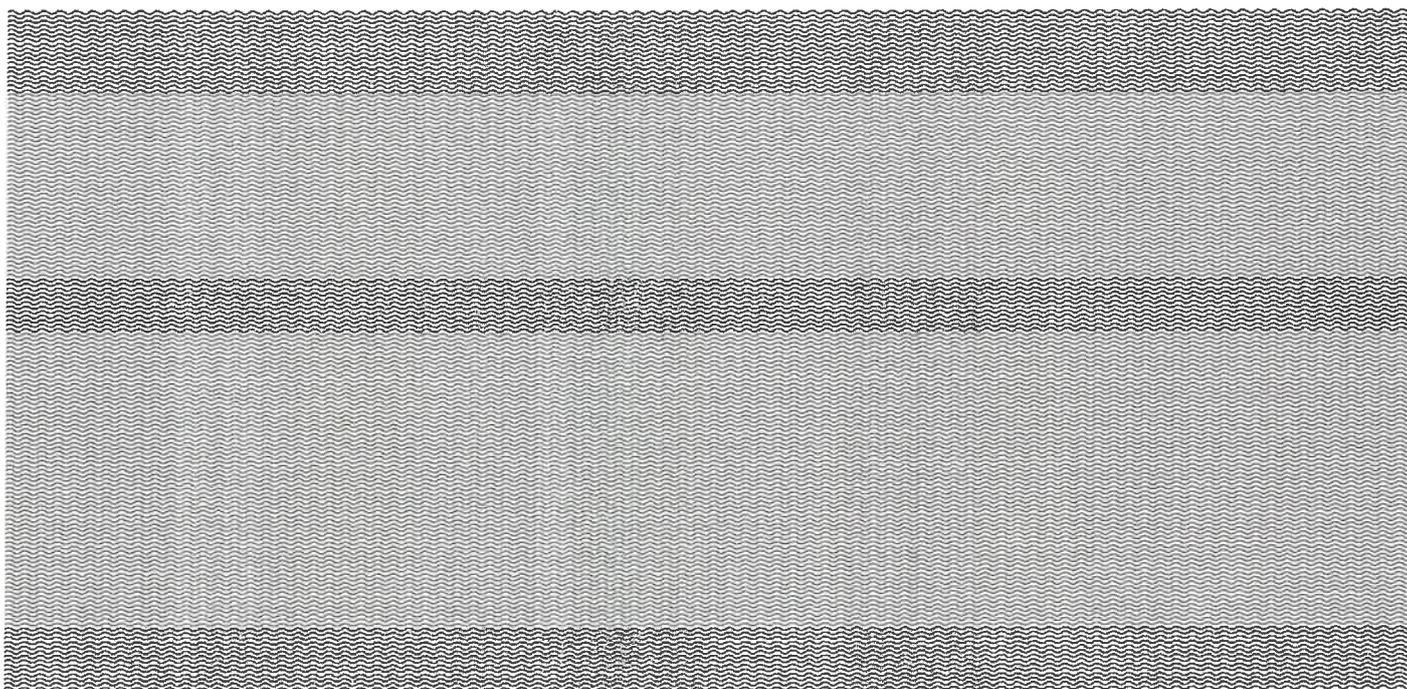
Signature et cachet

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)