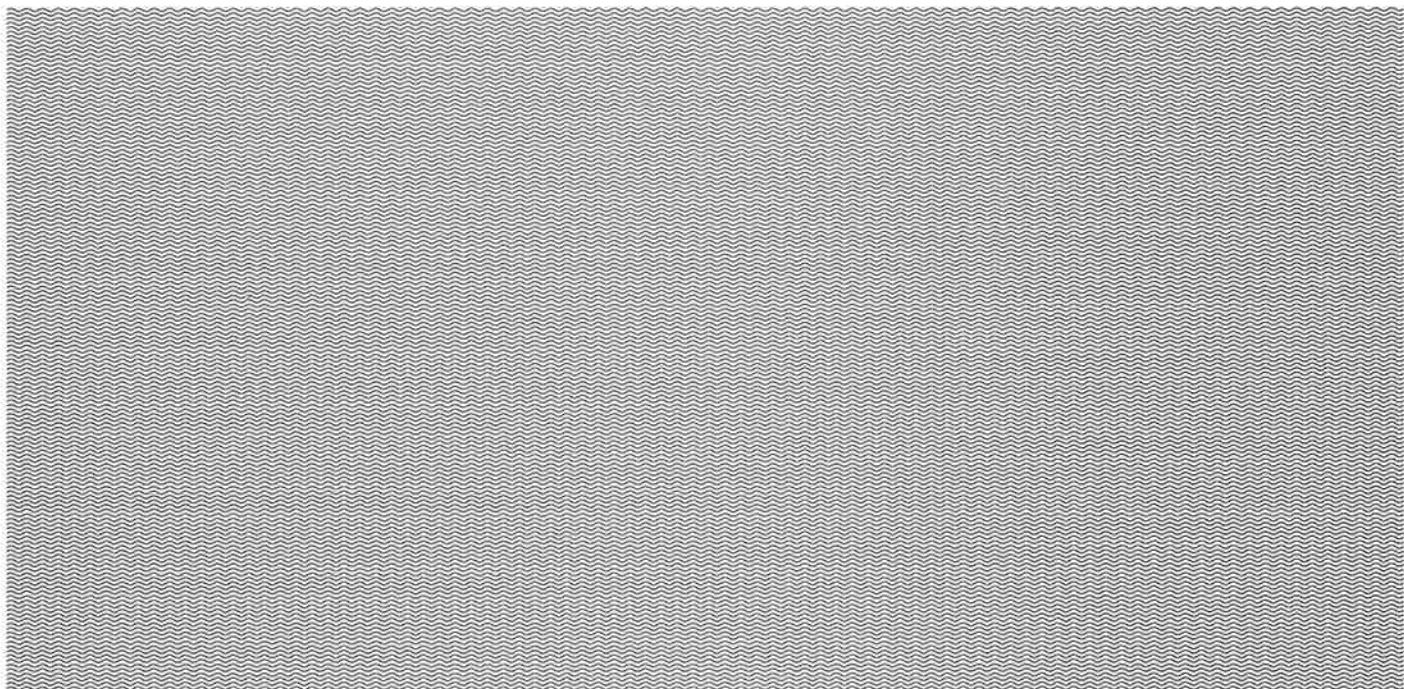


A AFFRANCHIR
COMME LETTRE



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.,

G. Roppezingel 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)

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 :.....

Nom, adresse et numéro FASE de l'établissement :
INSTITUT DU SACRE COEUR - ENS.
SECONDAIRE GENERAL
Rue des Dominicains 9
7000 MONS

Date de naissance :.....

N° Ecole Fase: 1231
N° Matricule PAIE: 4215277049

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

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

Signature et cachet

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 :/...../.....

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

Signature et cachet

congé de maternité

demande de séjour à l'étranger

renouvellement de

prestations réduites à des fins

mission (1an)

thérapeutiques (6 mois)

Incapacité prescrite : du/...../.....

au:/...../..... inclus

Hospitalisation : du/...../.....

au:/...../..... inclus

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

Humidifier et coller