

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 :

Campus Saint-Jean
Rue de Birmingham 41
1080 BRUXELLESN° Ecole FASE: 352
N° Matricule PAIE: 5212197033

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/...../..... inclusCause 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:/...../..... inclusSortie : 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 ☐ interditeCause 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 mission (1an) ☐ prestations réduites à des fins thérapeutiques (6 mois)

Incapacité prescrite : du/...../..... au:/...../..... inclus

Hospitalisation : du/...../..... au:/...../..... inclus

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