



CERTIFICAT MEDICAL

Remis à l'employeur leàheures
 PREMIER PROLONGATION RECHUTE (**)

Matricule

NOM :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En imprimé SVP

Prénom :

Date de naissance :/..... /.....

Le soussigné, docteur en médecine, déclare que le prénommé est incapable de travailler par suite de

- Maladie
- Accident
- Ecartement

Du au Inclus

L'intéressé peut - ne peut se déplacer (**)

Eventuellement hospitalisé :

Il peut reprendre le travail le

Sceau du médecin

Date : Heure :

Signature du médecin

(**) Cochez la case adéquate

NON VALABLE EN CAS D'AFFECTION RESULTANT D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL OU SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL.



CERTIFICAT MEDICAL TRES CONFIDENTIEL

NOM EMPLOYEUR :

PREMIER PROLONGATION RECHUTE (**)

Matricule

NOM :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En imprimé SVP

Prénom :

Date de naissance :/..... /..... tél /gsm

Informations à l'attention du médecin contrôleur :

.....
.....
.....

L'intéressé peut - ne peut se déplacer (**)

Eventuellement hospitalisé :

Il peut reprendre le travail le

Incapacité prévue duau

Sceau du médecin

Date : Heure :

Signature du médecin

(*) Prière au médecin traitant de bien vouloir :

- 1) compléter ces renseignements au moyen de la carte d'identité du malade
- 2) détacher, plier et coller le volet confidentiel

(**) Cochez la case adéquate