FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES
LE MINISTÈRE
N° 12686

CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

CERTIMED
Numéro vert : 0800/93.341

A. Données du membre du personnel

A remplir obligatoirement

Nom et prénom : ……

Numéro de registre national : ……..

Adresse exacte où le contrôle peut être effectué :

Rue : ……..…….. N° : ……Bte : ……

Code postal : ……Localité : ……..

B. Certificat médical d'incapacité de travail

A remplir par le médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifie avoir interrogé et examiné personnellement (M / Mme)

……à la date du ……./……../……..…

et de l'avoir reconnu(e) incapable de travailler du ……./……../……..… au ……./……../……..… inclus.

Pour cause de :

☐ maladie d'1 jour ☐ maladie de plus d'1 jour

☐ accident du travail survenu le ……./……../…….. ☐ maladie professionnelle

☐ accident de la vie privée

☐ mesure de prophylaxie

☐ repos d'accouchement

Il s'agit d'une :

☐ nouvelle incapacité ☐ rechute ☐ prolongation

☐ hospitalisation du ……./……../……..… au ……./……../……..… inclus.

Mon diagnostic est actuellement : ……

……..

Reprise prévue le ……./……../……..

Est-(il) (elle) capable de sortir ? ☐ Oui ☐ Non Dans la négative, jusqu'au : ……./……../……..

Nom ou cachet du médecin Date et signature :

OU

C. Incapacité de travail de maximum 1 jour non couvert par un médecin traitant

A remplir et à envoyer par le Chef immédiat

Est malade le ……./……../……..

Est en incapacité de travail suite à un accident de travail le ……./……../……..…

L'absence a été signalée le ……./……../……..

Nom et prénom du Chef immédiat : ……..……

Service : ……

Date et signature :

Veuillez également remplir la case « A »

Certificat à envoyer à Certimed - Boîte postale 10018 à 1070 Bruxelles

Imprimez ce certificat via l'intranet http://intra.cfwb.be > Ressources humaines > Congés, absences et dispenses au travail