Données à remplir par le membre du personnel (avant la consultation du médecin)

N° Client : 12459

Nom et prénom : ……

Date de naissance : ……..

N° registre national : …… N° médical :……

Matricule ulis : ……

Rue, N° et boîte : ……

Code postal et localité : …….....… Téléphone (fixe ou GSM) : ……..…….

Le cas échéant domicile provisoire durant la maladie : de ….…..…/ ….…..…/….…..…jusqu'au: ….…..…/ ….…..…/ ….…..…inclus

Nom sur la sonnette : …….....……

Rue , N° et boîte : …….....

Code postal : ……Localité : …….....

Service Public de Wallonie
Secrétariat général
Direction de l'Administration du Personnel
Place de la Wallonie, 1 – 5100 JAMBES

Plier ici

Données du certificat : à remplir par le médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur en médecine, déclare, après interrogation et examen, que la personne ci-dessus est incapable de travailler

du ……..... ..... …… au …….....…….....…..... ……inclus.

Diagnostic : …….....

Cause de l'incapacité :

☐ maladie ☐ prolongation ☐ rechute

☐ maladie professionnelle

☐ accident de travail survenu le : ……

☐ accident de la vie privée survenu le : ……

☐ congé de maternité

☐ demande de séjour à l'étranger : du ……../……../…….. au: ……../……../……inclus

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

Date de l'examen: ……/ ……/ ……

☐ Sortie autorisée : ☐ Sortie interdite

Signature et cachet du médecin

✂ Découper ici

A remplir par le médecin traitant et à 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.

Cause de l'incapacité :

☐ maladie ☐ prolongation ☐ rechute

☐ maladie professionnelle

☐ accident de travail survenu le : ……

☐ accident de la vie privée survenu le : ……..

☐ congé de maternité :

☐ demande de séjour à l'étranger : du ……/ ……/ ……au: ……/ ……/ ……inclus

☐ hospitalisation : du ……/ ……/ ……au: ……/ ……/ ……inclus

Date de l'examen: ……/ ……/ ……

☐ Sortie autorisée : ☐ Sortie interdite

Signature et cachet du médecin

A
AFFRANCHIR
COMME
LETTRE

Medconsult

A l'attention du médecin coordinateur

57 rue des Chartreux
1000 BRUXELLES

✂ Découper ici

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 Medconsult A.S.B.L., 57 rue des Chartreux, 1000 Bruxelles. 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, vou pouvez prendre contact avec la Commission de la protection de la vie privée
(Rue Haute 139 à 1000 Bruxelles)