CERTIFICAT MEDICAL à renvoyer, de préférence, par mail à l'adresse à certificat.fwb@certimed.be ou par voie postale à l'adresse figurant au verso

Humidifier et coller

NE PAS utiliser ce document en cas d'accident du travail ou en cas de maladie professionnelle

A. Données de la personne : à compléter dûment et lisiblement par le membre du personnel

Humidifier et coller

Nom et prénom du membre du personnel : .....

Date de naissance : .....

N° Registre National : .....

N° Matricule enseignant : .....

Rue, N° et boîte : .....

Nom, adresse et numéro FASE de l'établissement :
IPEFA Verviers
Rue aux Laines 23
4800 VERVIERS

N° Ecole Fase: 2357
N° Matricule PAIE: 5426329014

Humidifier et coller

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 : .....

Attention à ne pas oublier de cocher et compléter également les données ci-dessous pour les cas suivants :

☐ Maladie liée à la grossesse du ../../.. au ../../.. inclus

☐ Congé de maternité du ../../.. au ../../.. inclus

☐ Mi-temps médical (30j) du ../../.. au ../../.. inclus

☐ Mi-temps thérapeutique (6 mois) du ../../.. au ../../.. inclus

☐ Demande de séjour à l'étranger du ../../.. au ../../.. inclus

☐ Demande de renouvellement de congé pour mission (art **14bis**)
du ../../.. au ../../.. inclus (max. fin année scolaire)

Sortie ☐ autorisée ☐ interdite

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

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

Signature et cachet du médecin

Détacher ici

Détacher ici

C. A compléter 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.

Sortie ☐ autorisée ☐ interdite

Cause de l'incapacité :
☐ maladie
☐ maladie liée à la grossesse
☐ mi-temps médical (30jours)
☐ accident de la vie privée
☐ congé de maternité
☐ mi-temps thérapeutique (6 mois)
☐ demande de renouvellement de congé pour mission (art **14 bis**)
☐ demande de séjour à l'étranger

Durée prescrite : du ../../.. au ../../.. inclus

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

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

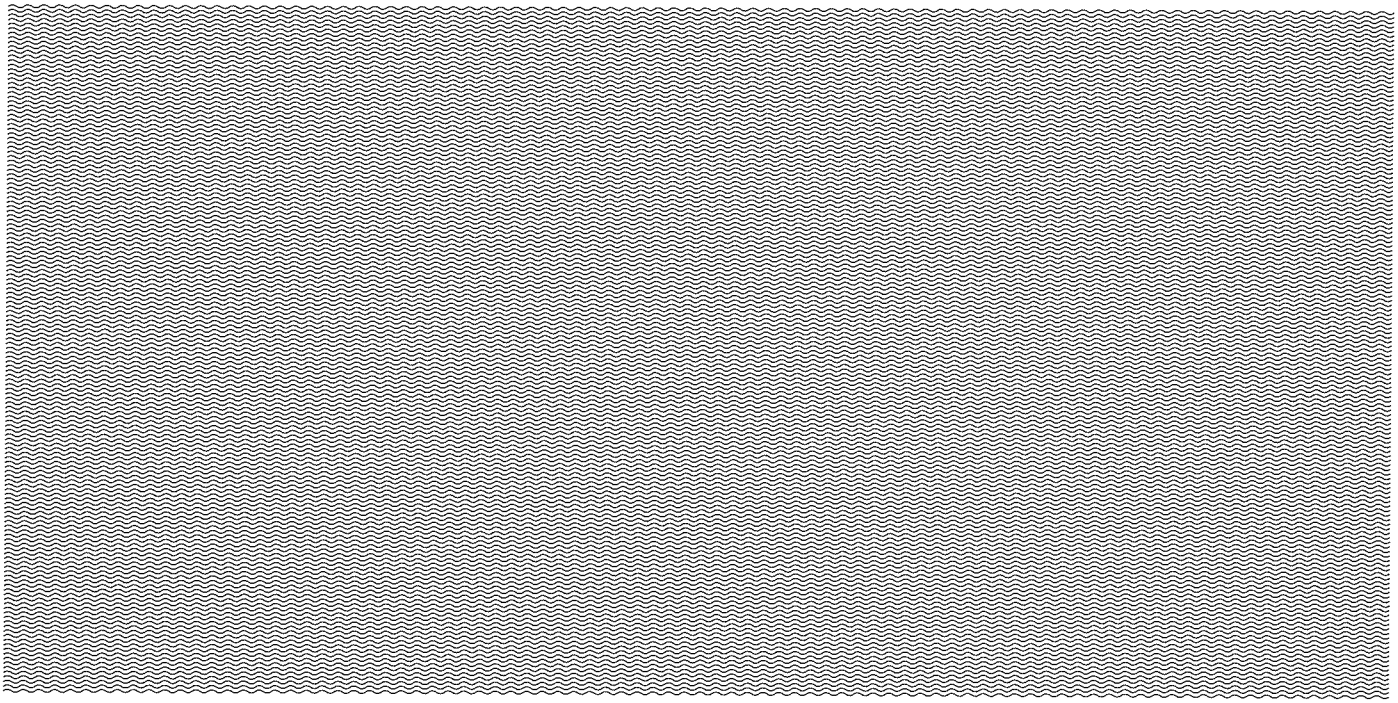
Signature et cachet du médecin

À
affranchir
comme
lettre

CERTIMED Asbl

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., Corda Campus (bâtiment Corda 2), Kempische Steenweg 309/3.01, 3500 Hasselt. Conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et la loi du 5 septembre 2018 instituant le comité de sécurité de l'information, le membre du personnel et le médecin traitant ont un droit d'accès et de rectification.
Pour de plus amples renseignements, vous pouvez prendre contact avec l'Autorité de protection des données (Rue de la Presse, 35 à 1000 Bruxelles).