



CERTIMED

Volet à renvoyer sous enveloppe affranchie à

Boîte postale 10018
1070 BRUXELLES

À COMPLÉTER PAR L'AGENT

* NOM :
 * Prénom :
 * Numéro national :
 * Fonction :
 * Service :
 * Date de naissance :
 * Adresse : n° boîte
 * Code postal : * LOCALITÉ :

Coller une vignette de mutuelle

Tél. :

(Lieu où le médecin peut vous contrôler)

Nom indiqué sur la sonnette :

Mise en contrôle spontané : Oui Non Nommé Non nommé

À COMPLÉTER 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 auinclus.

Pour cause de :

- Maladie
 Accident vie privée survenu le :

L'accident est-il la conséquence d'un fait (accident de roulage, pratique d'un sport, bagarre...)
 dont un tiers pourrait être responsable ? Oui – Non.

Il s'agit d'une :

- Nouvelle incapacité Rechute
 Prolongation Hospitalisation du au
 Avec sortie : Autorisée Non autorisée

Diagnostic médical :

Date et signature :

Cachet du Médecin

1 Toute omission est susceptible d'entraîner une privation de traitement.