

Ne pas utiliser ce document en cas d'un accident du travail ou sur le chemin du travail

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

Nom et prénom du membre du personnel :

Date de naissance :

N° Registre National :

N° Matricule enseignant :

Rue, N° et boîte :

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 :

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

Humidifier et coller

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

Prestations réduites à des fins thérapeutiques (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)

Signature et cachet du médecin

Sortie autorisée interdite

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

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

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 accident de la vie privée
 maladie liée à la grossesse congé de maternité
 mi-temps médical (30jours) prestations réduites à des fins thérapeutiques (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