



CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Titulaire	
Adresse	<input type="checkbox"/> 1. Employé <input type="checkbox"/> 2. Ouvrier
N° d'affiliation	D.N.

Adresse où le titulaire qui n'est pas en état de se déplacer, se tiendra à la disposition du contrôle:
.....

Si vous êtes chômeur complet, indiquez depuis quelle date.....
Sinon, quel est votre employeur actuel.....(1)

A remplir par le médecin traitant

Je soussigné, docteur en médecine, déclare donner mes soins à

et avoir constaté qu'il (elle) est incapable de travailler, depuis le
par suite de (symptomatologie et éventuellement diagnostic) (2).....
L'intéressé(e) est en état - n'est pas en état (3) de se déplacer.
L'intéressé(e) est hospitalisé(e) (3) à
depuis le

Raison et durée présumée de l'hospitalisation

Si l'incapacité résulte de la grossesse, la date présumée de l'accouchement

En cas de désaccord, je prie mon confrère, médecin-conseil, de me faire connaître la décision qu'il aura prise au sujet de ce(tte) malade.
OUI – NON (3)

Identification du médecin (4) Date
Signature du médecin traitant

Case réservée au médecin-conseil

Date de réception.....	Numéro d'ordre annuel.....
Début d'incapacité.....	Délai de convocation.....
Date et signature du médecin-conseil	

Visite à domicile par : M.C. – Méd. insp. – infirmière (3)
Application Art. 136 §§1, 2, 3, 4 (loi coordonnée du 14/07/1994) (3)

- (1) Le titulaire doit communiquer au médecin-conseil toutes modifications concernant sa résidence.
- (2) Préciser la cause de l'incapacité en indiquant notamment s'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme et fournir des indications permettant au médecin-conseil d'estimer la durée probable de l'incapacité.
- (3) Biffer la mention inutile.
- (4) Numéro d'immatriculation attribué par l'I.N.A.M.I.