



Numéro du courrier :

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Titulaire

1. Employé
 2. Ouvrier

Adresse

N° affiliation

NISS

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

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 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 de l'incapacité Délai de convocation
Date et signature du médecin-conseil

Visite à domicile par : MC – Méd. insp. - infirmière (3)
Application Art. 136 § 1, 2, 3, 4 (loi coordonnée le 14/7/1994) (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 traumatisme et fournir les 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.