

A envoyer à : Certimed  
 Par mail : certificats@certimed.be ou  
 par poste : Boîte postale 10018 - 1070  
 Anderlecht

### Données employeur

Firme : Province du Hainaut  
 N° d'affiliation : 550001834

### Données de la personne

Nom : ..... Prénom : .....  
 Rue : ..... Numéro : ..... boîte : .....  
 Code postal : ..... Localité : .....  
 Date de naissance : ..... / ..... / ..... Numéro matricule : .....  
 Extra info d'adresse : ..... Numéro de GSM (obligatoire) : .....

**JE NE RESTE PAS A MON DOMICILE** du ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... inclus

Rue+ n° : ..... Code postal + Localité : .....

Extra info d'adresse (p.ex. nom sur la sonnette) : .....

### Données du certificat: à compléter par le médecin traitant

Le soussigné déclare, après interrogation et examen, que la personne ci-dessus est incapable de travailler pour cause de :

Cause d'incapacité :  maladie  accident<sup>(\*)</sup>  
 Info certificat :  premier constat  prolongation  rechute  
 Sortie :  autorisée  interdite

Incapacité : du ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... inclus (\*) vie privée ou sport

Hospitalisation : du ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... inclus  
 Voyage à l'étranger : du ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... inclus

Détail d'incapacité :

congé prophylactique  congé de maternité  
 prestations réduites: du ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... inclus  
 50 % malade  40 % malade (\*)  20 % malade (\*)

Signature + cachet du médecin

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

\* Applicable uniquement pour le personnel non-enseignant

### A remplir par le travailleur en cas de maladie d'un jour sans certificat médical

Absent le : ..... / ..... / ..... pour cause de : .....

Signature du membre du personnel:

Date: ..... / ..... / .....

### A conserver par le travailleur

Je soussigné déclare, après interrogation et examen, que ..... est incapable de travailler.

Cause d'incapacité :  maladie  accident  congé  
 Info certificat :  premier constat  prolongation  rechute  
 Sortie :  autorisée  interdite

Incapacité : du ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... inclus  
 à parti de .....h.....

Hospitalisation : du ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... inclus  
 Voyage à l'étranger : du ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... inclus

Détail d'incapacité :

congé prophylactique  congé de maternité  
 prestations réduites: du ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... inclus  
 50 % malade  40 % malade  20 % malade

Signature + cachet du médecin

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