

## VOLET A REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom (de jeune fille pour les femmes mariées) : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro de matricule : .....

Adresse de séjour pendant l'incapacité : .....

Numéro de matricule et adresse du ou des établissement(s) où l'enseignant sera absent dans le cadre du présent congé : .....

## VOLET A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

A cacheter avant distribution

Matricule de l'établissement : .....

Cachet de l'établissement

## VOLET A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifie avoir interrogé et examiné personnellement M, Mme, Melle : .....

et l'avoir reconnu(e) incapable de travailler, du ..... au ..... inclus.

Pour cause de :

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                     | <input type="checkbox"/> Prolongation |
| <input type="checkbox"/> Maladie liée à la grossesse | <input type="checkbox"/> Rechute      |

Nature de l'affection : .....

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Accident (autre qu'accident de travail) survenu le .....  |
| <input type="checkbox"/> Congé de maternité, du ..... au ..... inclus.             |
| <input type="checkbox"/> Demande de mi-temps médical, du ..... au ..... inclus.    |
| <input type="checkbox"/> Demande de séjour à l'étranger, du ..... au ..... inclus. |

- |                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| Sortie autorisée | <input type="checkbox"/> |
| Sortie interdite | <input type="checkbox"/> |
| Hospitalisation  | <input type="checkbox"/> |

Cachet du médecin traitant

Date et signature

## VOLET A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT (à conserver par le patient)

Je soussigné(e), Docteur en médecine certifie avoir examiné M/Mme/Melle ..... le ..... et l'avoir reconnu(e) incapable de travailler du ..... au ..... inclus.

Cachet du médecin

Date et signature