

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:	<input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident ^(*) <input type="checkbox"/> premier constat <input type="checkbox"/> prolongation <input type="checkbox"/> rechute <input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite
Sortie	
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 :	
<input type="checkbox"/> congé prophylactique <input type="checkbox"/> congé de maternité <input type="checkbox"/> prestations réduites: du/...../..... jusqu'au/...../..... inclus <input type="checkbox"/> 50 % malade <input type="checkbox"/> 40 % malade (*) <input type="checkbox"/> 20 % malade (*)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Signature + cachet du médecin Date de l'examen/...../..... </div>	

* 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 :
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Signature du membre du personnel: Date:...../...../..... </div>

A conserver par le travailleur	
Je soussigné déclare, après interrogation et examen, queest incapable de travailler.	
Cause d'incapacité :	<input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> congé <input type="checkbox"/> premier constat <input type="checkbox"/> prolongation <input type="checkbox"/> rechute <input type="checkbox"/> autorisée <input type="checkbox"/> interdite
Sortie :	
Incapacité :	du/...../..... jusqu'au/...../..... inclus à parti deh.....
Hospitalisation :	du/...../..... jusqu'au/...../..... inclus
Voyage à l'étranger :	du/...../..... jusqu'au/...../..... inclus
Détail d'incapacité :	
<input type="checkbox"/> congé prophylactique <input type="checkbox"/> congé de maternité <input type="checkbox"/> prestations réduites: du/...../..... jusqu'au/...../..... inclus <input type="checkbox"/> 50 % malade <input type="checkbox"/> 40% malade <input type="checkbox"/> 20 % malade	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Signature + cachet du médecin Date de l'examen/...../..... </div>	