



Certificat médical

1. A remplir par le membre du personnel (à remplir avant la consultation du médecin)

Numéro registre national : Date de naissance :

Nom (carte d'identité) :

Prénom :

Rue : N°/Bte :

Code postal : Commune :

Le cas échéant, résidence temporaire (hôpital, institution, autre résidence pendant la maladie) :

Dénomination institution :

Rue : N°/Bte :

Code postal : Commune :

Données employeur

Dénomination et adresse de la zone de secours :

.....

2. A remplir par le médecin

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné personnellement ce jour :

Mr ou Mme : **Prénom :**

et l'avoir reconnu(e) incapable de travailler du..... auinclus.

Diagnostic :

Cette incapacité de travail est consécutive à :

- Une maladie
- Une hospitalisation
- Une prolongation d'une maladie
- Un accident du travail survenu le.....
- La prolongation d'un accident du travail
- Une maladie professionnelle
 - La grossesse

Sortie :

- autorisée
- interdite

Date et signature

Cachet du médecin

Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, tant le membre du personnel que le médecin traitant ont le droit d'obtenir la communication des données du traitement qui les concernent et d'en demander la rectification. Des informations complémentaires au sujet de ces traitements peuvent être obtenues auprès du Registre public que tient la Commission de protection de la vie privée.

Centre médical – OCM**À faire parvenir à l'Office de Contrôle Médical conformément à la procédure prévue dans la note de service**

- Adresse : 4, Rue Libioulle – 6001 MARCINELLE
- Mail : secretariat@controlemedical.be
- TEL : 071/509.810 (les jours ouvrables)

**N° de téléphone sur lequel l'OCM peut vous contacter :/.....
(OBLIGATOIRE)**