

Zone pour
le timbre du médecin

Certificat d'incapacité de travail

Le médecin soussigné, certifie que

Madame / Monsieur :

Date de naissance (jj mm aa) :

Fonction : Taux d'occupation :%.

est en incapacité de travail pour cause de :

- Maladie Accident Maternité
 Enfant malade nécessitant la présence d'un de ses parents
 Motif indéterminé qui sera clarifié lors de la prochaine consultation

Taux de l'incapacité de travail

- 100 %, dès le
- %, dès le

qui correspond à une capacité de travail résiduelle de

- jours par semaine à un rendement de %
 matins et après-midi par semaine à un rendement de %
 heures maximales par jours à un rendement de %

Durée de l'incapacité

- La durée probable de l'incapacité est de jours
- La durée de l'incapacité, est pour l'instant indéterminée. Elle sera réévaluée lors de la prochaine consultation qui aura lieu le

Certificat d'incapacité de travail a été établi à la demande de la patiente/du patient, en sa présence, et à l'attention de son employeur. Il a été remis en mains propres. *(Le cas échéant, biffez ce qui ne convient pas)*

Lieu et Date :

Signature manuscrite :

.....

.....

Annexe au certificat d'incapacité de travail

(Cette annexe au certificat est optionnelle et ne peut être complétée qu'avec l'accord expresse du patient/ de la patiente. Elle ne doit être communiquée qu'à l'employeur et/ou aux autres personnes qui y sont explicitement mentionnées).

Nature des limitations

- Il n'y a pas de contre-indication médicale à un éventuel déplacement de Madame / Monsieur à l'étranger. (Une autorisation formelle de son employeur demeure cependant nécessaire).
- Les activités suivantes restent possibles durant cette incapacité :
- Mentionnez ici les activités professionnelles que la personne en incapacité peut encore faire jusqu'à l'établissement du prochain certificat. Cette rubrique devrait se compléter au travers d'une discussion avec le patient autour de ses activités professionnelles habituelles.*
-
-
-
- L'existence d'un poste de travail adapté transitoire correspondant aux tâches ci-dessus pourrait permettre la reconsidération du présent certificat.

Mesures d'accompagnement éventuelles :

Le soussigné déclare autoriser le médecin signataire à avoir un entretien avec :

- Oui** **Non** son employeur, Mme/M.
- Oui** **Non** son conseiller AI /ORP, Mme/M.
- Oui** **Non** son assistant social, Mme/M.
- Oui** **Non** Mme/M./Dr / le médecin conseil

Ceci, afin d'envisager les éventuelles mesures d'accompagnements qui pourraient être mises en place pour faciliter une reprise du travail.

Pour ce faire, le médecin signataire :

- prendra directement contact avec la(les) personne(s) désignée(s)
- sera atteignable au (0..... /.....) le (jj mm aa).....,, de h à h.
- propose un rendez-vous à son cabinet le (jj mm aa).....,, de h à h.
-

Pour accord :

Lieu et Date :

Signature de Madame / Monsieur:

Signature du médecin

.....

.....