

**CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL**

**destiné à l'employeur du patient / au patient travailleur indépendant**

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir interrogé ce jour

Nom, prénom du patient :

.....

Numéro d'identification du Registre national du patient :

.....

déclare que :

La personne est incapable de travailler du ... /... / 2020 au ... /... / 2020 (inclus) pour cause de  
maladie/ accident / grossesse

Ce certificat d'incapacité de travail concerne :

- le début de cette incapacité
- une prolongation de cette incapacité

Sorties autorisées : OUI / NON

Identification du médecin avec numéro INAMI : .....

Signature :

Date : ... /... / 2020