

CERTIFICAT DE « QUARANTAINE »

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 capable de travailler mais n'est pas autorisée à se rendre sur son lieu de travail
du ... /... / 2020 au ... /... / 2020 (inclus).

Ce certificat concerne :

- le début de la mise en quarantaine
- une prolongation de la mise en quarantaine

Sortie interdite.

Identification du médecin avec numéro INAMI :

Signature :

Date : ... /... / 2020