

Certificat d'incapacité de travail			Absence brève <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie				
Personne (assurée): Nom:			Prénom:				
Rue:			NP, lieu:				
No d'assurance sociale:			Sexe:		Date de naissance:		
<b>Employeur (nom/adresse):</b>							
Temps de travail de la personne (assurée): h/semaine: ou taux d'activité en %:				Emploi à plein temps normal dans l'entreprise: h/semaine: Remarques:			
<b>Incapacité de travail à partir de:</b>							
Consultation du:	Est exigible		Incapacité de travail		Év. en %:	Prochaine consultation le:	Signature du médecin:
	Tolérance aux efforts (% de l'effort habituel):	Présence dans l'entreprise (h/jour):	Du ...	Jusqu'au ...			
Reprise du travail à 100 % à partir du:							
Médecin traitant:			EAN:			Prise de contact souhaitée par l'employeur:	
Date:			Signature:			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
CSCM:							

La forme masculine utilisée désigne aussi bien les femmes que les hommes.



**Swiss Insurance Medicine**  
 Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz  
 Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances  
 Comunità d'interessi svizzera medicina assicurativa