

Certificat d'incapacité de travail			Absence brève <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/>				
Personne (assurée): Nom:			Prénom:				
Rue:			NP, lieu:				
No d'assurance sociale:			Sexe:		Date de naissance:		
Employeur (nom/adresse):							
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:			
Incapacité de travail à partir de:							
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	

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