CERTIFICAT MEDICAL (édition 2025-2026) à renvoyer, de préférence, par mail à l'adresse à certificat.fwb@certimed.be ou par voie postale à l'adresse figurant au verso

Humidifier et coller

NE PAS utiliser ce document en cas d'accident du travail ou en cas de maladie professionnelle

A. Données de la personne : à compléter dûment et lisiblement par le membre du personnel

Nom et prénom du membre du personnel : .....

Date de naissance : .....

N° Registre National : .....

N° Matricule enseignant : .....

Rue, N° et boîte : .....

INSTITUT SAINT-LOUIS
Rue Pepin 7
5000 NAMUR

N° Ecole Fase: 2989
N° Matricule PAIE: 4219236045

Code postal : ..... Localité : .....

Pour recevoir la convocation : adresse e-mail : ..... et/ou numéro de GSM : .....

Le cas échéant **domicile provisoire** durant la maladie : du ../../.. jusqu'au ../../.. inclus

Nom sur la sonnette : .....

Rue, N° et boîte : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Plier ici Plier ici

B. Données du certificat : à compléter par le médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur en médecine, déclare, après interrogation et examen, que :

Monsieur/Madame ..... est incapable de travailler du ../../.. au ../../.. inclus

Cause de l'incapacité : ☐ maladie ☐ prolongation ☐ rechute ☐ accident de la vie privée

Nature de l'affection : .....

Attention à ne pas oublier de cocher et compléter également les données ci-dessous pour les cas suivants :

☐ Maladie liée à la grossesse du ../../.. au ../../.. inclus

☐ Congé de maternité du ../../.. au ../../.. inclus

☐ Mi-temps médical (30j) du ../../.. au ../../.. inclus

☐ Mi-temps thérapeutique (6 mois) du ../../.. au ../../.. inclus

☐ Demande de séjour à l'étranger du ../../.. au ../../.. inclus

☐ Demande de renouvellement de congé pour mission (art **14bis**)
du ../../.. au ../../.. inclus (max. fin année scolaire)

Signature et cachet du médecin

Sortie ☐ autorisée ☐ interdite

Hospitalisation du ../../.. au ../../.. inclus

Date de l'examen : ../../..

ci

Détacher ici

C. À compléter par le médecin traitant et à conserver par le membre du personnel

Je soussigné(e), Docteur en médecine, déclare, après interrogation et examen, que

Monsieur/Madame ..... est incapable de travailler du ../../.. au ../../.. inclus.

Sortie ☐ autorisée ☐ interdite

Cause de l'incapacité :
☐ maladie
☐ maladie liée à la grossesse
☐ mi-temps médical (30 jours)
☐ demande de renouvellement de congé pour mission (art **14 bis**)
☐ demande de séjour à l'étranger
☐ accident de la vie privée
☐ congé de maternité
☐ mi-temps thérapeutique (6 mois)

Durée prescrite : du ../../.. au ../../.. inclus

Hospitalisation : du ../../.. au ../../.. inclus

Date de l'examen : ../../..

Signature et cachet du médecin