

INFORMATIONS : ENVOI CERTIFICATS MEDICAUX DES OUVRIERS

Date d'envoi : ____/____/____

Informations ouvrier :

Ouvrier en incapacité : _____

N° registre national : _____

Début de maladie: ____/____/____

Fin de maladie : ____/____/____

1^{er} jour d'absence au travail: ____/____/____

Informations employeur :

Entreprise: _____

N° d'entreprise (TVA) : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

Secrétariat social : _____

Téléphone: _____

Email : _____

Cadre réservé à l'OPC

Date :

Certificat n° :

PR ou RE n° :

Type d'incapacité :

- Maladie
 Prolongation

Accidents :

- Accident de vie privée
 Accident de travail en attente de la réponse de l'assurance
 Accident de travail non couvert par l'assurance
(MERCI de me joindre la lettre de l'assurance)

Cas particuliers :

- Journée interrompue
(Si l'ouvrier a quitté le travail pour se rendre chez le médecin)
- Reprise anticipée : ____/____/____
- Rechute
(Si moins de 14 jours écoulés par rapport à la dernière incapacité ET que le certificat actuel couvre la même raison médicale.
Si ce n'est pas le cas, veuillez cocher la case maladie dans la rubrique incapacité ci-dessus)
- Maladie pendant période de chômage
du : ____/____/____ au ____/____/____
- Maladie pendant jour férié de remplacement :
le : ____/____/____ et ____/____/____

Infos: _____

Pour les congés collectifs, changement d'adresse, etc. (Cachet ET signature).

Vous pouvezagrafer ou coller le certificat médical ici.

