

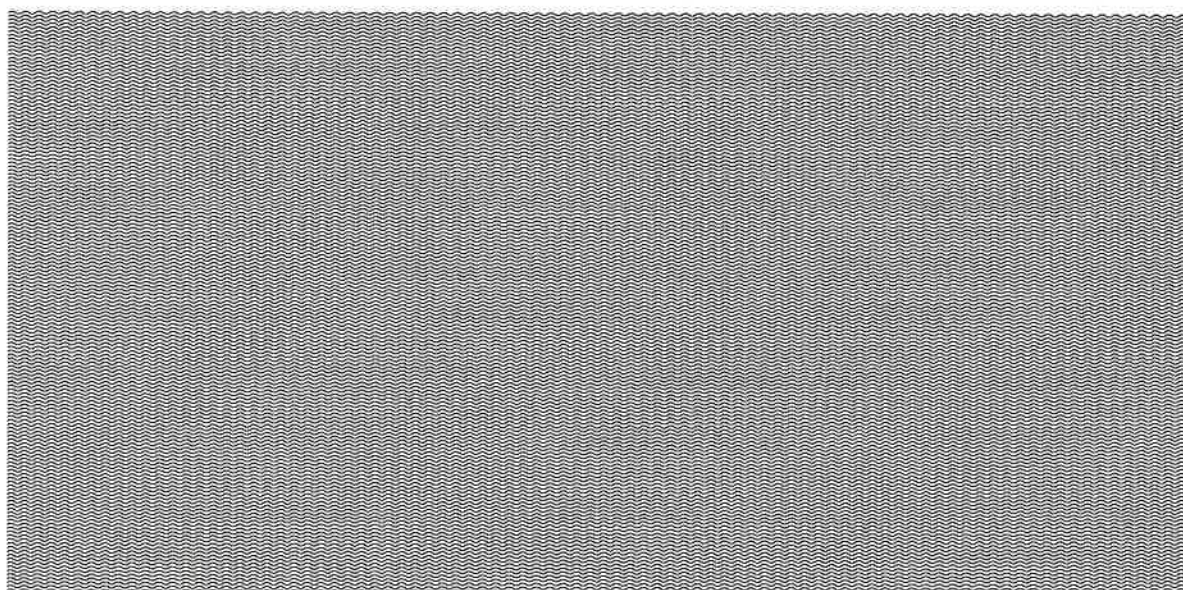
A  
affranchir  
comme  
lettre



À l'attention du médecin coordinateur

Boite postale 10018

1070 BRUXELLES



Les coordonnées que le membre du personnel communique au service médical ainsi que les coordonnées du médecin traitant, sont enregistrées dans un traitement automatisé afin de gérer les données de l'absence. Le responsable du traitement est CERTIMED A.S.B.L., Corda Campus (bâtiment Corda 2), Kempische Steenweg 309/3.01, 3500 Hasselt. Conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et la loi du 5 septembre 2018 instituant le comité de sécurité de l'information, le membre du personnel et le médecin traitant ont un droit d'accès et de rectification. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez prendre contact avec l'Autorité de protection des données (Rue de la Presse, 35 à 1000 Bruxelles).

**CERTIFICAT MEDICAL (édition 2025-2026) à renvoyer, de préférence, par mail à l'adresse à [certificat.fwb@certimed.be](mailto: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 : .....

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)

**Sortie** ☐ autorisée ☐ interdite

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

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

Signature et cachet du médecin

Détacher ici

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

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

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

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

Signature et cachet du médecin