

Certificat d'interruption d'activité

Certificat d'interruption d'activité

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir interrogé et examiné personnellement le 08/02/2019

COORDONNEES PATIENT

et l'avoir reconnu(e) incapable de :

Travailler

Fréquenter les cours

Suivre les cours de gymnastique

Suivre les cours de natation

Autre : _____ DCM

pour une durée de 1 jour(s)

du 08/02/2019 au 08/02/2019 inclus

pour cause de :

Raison médicale

Accident survenu le _____

Raison chirurgicale

Autre : _____ DCM

Sortie :

Autorisée

Interdite

Autre : _____ DCM

Période : Premier constat d'incapacité DCM

CACHET MEDECIN

Fait le 08/02/2019

en 1 exemplaires

DATE DE L'EXAMEN

VOUS CERTIFIEZ AVOIR EXAMINE ET INTERROGE LE PATIENT : CELA DOIT ETRE LE CAS

LA DATE DE DEPART DOIT COINCIDER AVEC LA DATE DE L'EXAMEN

PETITE TOLERANCE : 1 OU 2 JOURS MAXIMUM AVANT DATE EXAMEN

SI VOUS COCHEZ RAISON MEDICALE, CHIRURGICALE OU ACCIDENT, CELA DOIT ETRE LE CAS ET PAS COUVRIR D'AUTRE RAISON. POUR EVITER DES SOUCIS ULTERIEURS, UNE COPIE DE VOTRE CERTIFICAT DOIT SE TROUVER DANS VOTRE DOSSIER APRES LE RESUME DE LA CONSULTATION QUI A ENGENDRE CELUI-CI.