CMS Choisissez un élément.

Choisissez un élément.

**Certificat médical**

|  |  |
| --- | --- |
| Madame / Monsieur |       |
| Rue |       |
| Numéro postal et localité |       |
| N°AVS |       |
| Né(e) le |       |

Est en traitement auprès de mon cabinet médical pour : (veuillez cocher ce qui convient)

 [ ]  Maladie

 [ ]  Accident

Incapacité de travail prévisible :

      % du       au

Capacité de travail dans une activité adaptée : (veuillez cocher ce qui convient)

 [ ]  Oui ; à      % dès le

 [ ]  Non

Quelles sont les limitations fonctionnelles de cette personne ?

Quelle activité adaptée serait compatible avec son état de santé ?

Date de la prochaine consultation :

Nom & prénom du médecin : Date et signature :

Pour toute information complémentaire sur cette démarche, nous vous remercions de bien vouloir contacter la personne suivante :

***Annexe : procuration déliant le médecin/spécialiste du secret médical concernant la capacité de travail du bénéficiaire***