

Attestation médicale (à remplir par le médecin)

Nom	Prénom	Date de naissance
Adresse (rue, numéro, code postal, localité)		

L'assuré (e) était en incapacité de travail (préciser toutes les incapacités) :

Du _____ au _____ inapte au travail à _____ % motif* _____

Du _____ au _____ inapte au travail à _____ % motif* _____

Du _____ au _____ inapte au travail à _____ % motif* _____

Du _____ au _____ inapte au travail à _____ % motif* _____

Du _____ au _____ inapte au travail à _____ % motif* _____

Du _____ au _____ inapte au travail à _____ % motif* _____

Du _____ au _____ inapte au travail à _____ % motif* _____

Du _____ au _____ inapte au travail à _____ % motif* _____

Remplir A ou B*

- A.** Il (elle) est à nouveau pleinement **apte** au travail dès le _____
- B.** Il (elle) est **inapte** au travail à _____ %, probablement d'une manière durable, depuis le _____

Lieu et date

Timbre et signature du médecin

** à compléter impérativement ; par la remise de cette attestation à son médecin, la personne susmentionnée autorise ce dernier à indiquer les motifs d'incapacité de travail (par exemple : grippe, dépression, covid, déchirure du ligament, coupure, etc)*