Certificat médical détaillé ou
un retour en emploi sûr grâce au profil d’intégration axé sur les ressources

# Attestation d’incapacité de travail et examen d’une éventuelle capacité de travail partielle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom |  | Date de naissance |
|  |  |  |
| Lieu de travail |  | Fonction |  | Degré d’occupation en % |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Description de la fonction / du poste de travail |  |  |
| Joindre description du posteou décrire le poste |

**Incapacité de travail / capacité de travail partielle dans l’activité exercée jusque-là**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| de | Date | à | Date |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  incapacité de travail totale (100%) |  |
| [ ]  capacité de travail partielle en présence | à Chiffre % du degré d’occupation contractuel |
| [ ]  capacité de travail partielle en rendement | à Chiffre % du temps de présence possible |

## Conditions générales

Text

Text

**Capacité de travail partielle dans une activité aménagée**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| de | Date | à | Date |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  capacité de travail partielle en présence | à Chiffre % du degré d’occupation contractuel |
| [ ]  capacité de travail partielle en rendement | à Chiffre % du temps de présence possible |

## Conditions générales

Text

Text

## Prochaine consultation

Date

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu, date |  | Signature du médecin |
| texte |  | Text |