

Certificat d'interruption d'activité

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné et interrogé : Mr/Mme **LALLEMENT Corentin** qui s'est présenté(e) à la consultation ce jour

Déclaration d'incapacité à:

Travailler à 100 %

Pour une durée de

2 jour(s), soit du 11 mars 2025 au 12 mars 2025 (inclus.)

1ère incapacité

Pour cause de

Maladie

Sortie

Autorisée

Reprise prévue le

13 mars 2025 à 100 %

Médecin

Dr. Goblet Delphine

Bois du Foyau 78

1440 Braine-le-Château

Tél. : 00323662957

N° INAMI : 19717229004

Date : 11/03/2025

Signature :

