

Certificat d'interruption d'activité

Je, soussigné Docteur en médecine, certifie avoir interrogé et examiné
personnellement ce jour

M

Anasthous Zahra

et l'avoir reconnu(e) incapable de :

- ☒ travailler
- ☐ fréquenter les cours / stages
- ☐ suivre les cours de gymnastique
- ☐ suivre les cours de natation
- ☐ faire des efforts violents
- ☐ travailler suite à sa présence indispensable auprès de son enfant malade
- ☐ se rendre au bureau de vote
- ☐ aller au chômage
- ☐ j'ai constaté qu'il/elle est incapable de travailler parce que sa présence est indispen-
sable et urgente au domicile suite à la maladie d'un membre de sa famille vivant
sous le même toit:
pour son/ses soins à domicile

du *06 05 24* au *06 05 24* 20..... inclus

pour cause de :

- ☐ maladie
- ☐ accident survenu le
- ☐ intervention chirurgicale
- ☐ prolongation
- ☒ consultation et/ou examen
- ☐ consultation
- ☐ congé prénatal
- ☐ congé social

Sortie :

- ☒ autorisée
- ☐ interdite

Sauf complications, la reprise des activités est prévue

le *07 05 24* 20..... à %
le 20..... à 100 %

Cachet du prescripteur

FESLER André

DENTISTE - L.S.D.

Av. Richard Neybergh 143

1020 BRUXELLES

Tél. 02/420.37.94

3/81028/85/001

Date :

06 05 24

Signature :

[Signature]