

Certificat médical d'incapacité

| | | | | |
|-----------|---------------|--|-------------------------------------|----------------|
| 1. Assuré | Nom et prénom | | Date de naissance | |
| | Rue | | N° tél. | N° d'assurance |
| | NPA Domicile | | Activité professionnelle habituelle | |

Timbre du médecin