



**CONFIDENTIEL**  
**Avis d'arrêt du travail**

**A remplir par l'assuré:**

Nom et prénom de l'assuré: .....

Date de naissance: .....

Résidence principale: .....

Adresse à laquelle le titulaire se tient à la disposition du contrôle:.....

.....

.....

.....

Numéro national: .....

---

**A remplir par le médecin-traitant:**

Je soussigne, docteur en médecine, déclare donner mes soins à: .....

.....

et avoir constaté qu'il est incapable de travailler, depuis le: .....

Durée présumée de cette incapacité: .....

Motif de l'incapacité de travail (Symptômes et diagnostic éventuel – En cas de traumatisme, indiquer les causes connues ou présumées): (1) .....

.....

.....

.....

L' intéressé peut – ne peut pas (2) – se déplacer.

L' intéressé est hospitalisé (2) à .....

depuis le.....

Raison et durée présumée de l'hospitalisation : .....

En cas de désaccord je prie mon confrère Médecin-conseil de me faire connaître la décision qu'il aura prise au sujet de ce malade: OUI - NON (2).

Identification du Médecin (3): .....

.....

.....

.....

.....

Signature du médecin-traitant:

Fait à: .....

.....

Date: .....

.....

(1) En cas de grossesse indiquer la date présumée de l'accouchement.

(2) Biffer la mention inutile.

(3) Nom, adresse et numéro d'immatriculation attribué par l'INAMI ou cachet du médecin reprenant ces indications.