

CERTIFICAT MÉDICAL DE REPOS

Certificat pour maladie · Arrêt de travail

Dr : _____ N° RPPS : _____

Spécialité : _____ Centre de santé : _____

ATTESTE QUE :

Le/La patient(e) : _____

Identifié(e) par : _____ Âge : _____ Sexe : _____

NÉCESSITE DU REPOS POUR LA PÉRIODE SUIVANTE :

Date de début : _____ Date de fin : _____

Nombre de jours : _____ Modalité : ☐ Repos à domicile ☐ Hospitalisation ☐ Repos partiel

DIAGNOSTIC / MOTIF MÉDICAL :

RESTRICTIONS ET RECOMMANDATIONS :

Certificat établi à : _____ le _____.

Date
__ / __ / __

Signature et cachet du médecin
Dr : _____