

CERTIFICAT MÉDICAL POUR LE TRAVAIL

Justificatif médical · Absence professionnelle

Dr : _____ N° RPPS : _____

Spécialité : _____ Cabinet / Établissement : _____ Ville : _____

CERTIFIÉ AUX FINS PROFESSIONNELLES

M./Mme : _____ Sexe : _____

Pièce d'identité : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____

Entreprise / Lieu de travail : _____

CONSULTATION MÉDICALE / PÉRIODE D'ABSENCE JUSTIFIÉE

Date de consultation : _____ Heure de consultation : ____ Reprise du travail : _____

Période d'absence justifiée : _____

Modalité de reprise : ☐ Présentiel ☐ Télétravail ☐ Temps réduit

Restrictions :

☐ Aucune ☐ Pas d'effort physique ☐ Télétravail recommandé ☐ Temps partiel

MOTIF / INDICATION MÉDICALE GÉNÉRALE :

RECOMMANDATIONS À L'EMPLOYEUR :

Certificat établi à : _____

Dr : _____ N° RPPS : _____ Date : _____
