

Ne pas utiliser ce document en cas d'un accident du travail ni en cas d'un accident sur le chemin du travail

Ce **document complété** doit être envoyé à Mensura au plus tard 48 heures après votre visite chez le médecin. Par fax au **011/ 30 12 51**, par e-mail à **absenteisme.belgacom@mensura.be** ou par Bpost : Mensura Absentéisme ASBL, att. du médecin en chef du service médical, Taxandriagebouw (gelijkvloers), Gouverneur Roppesingel 25, 3500 Hasselt

A compléter par le membre du personnel

Numéro PER : **050481**
Nom et Prénom : **Debey Joseph**
Adresse : **Rue d'Aix-la-Chapelle 37, 4728 HERGENRATH**
Résidence provisoire pendant la maladie :
Le nom indiqué sur la sonnette :

Je n'autorise pas le service médical Mensura à informer Belgacom si mon absence est due à une maladie grave.

A compléter par le médecin - Veuillez remplir toutes les données svp

Je constate après entretien et examen que Monsieur **Joseph Debey (050481)**
souffre de : .. *Neck Pain* ..
Incapacité de travail prescrite : du *18/5/16* jusqu'au : *18/5/16*
Quitter le domicile est : ~~interdit~~ / autorisé (*biffer la mention inutile*)
Hôpital, admission à partir : du . . / . . / . . jusqu'au : . . / . . / . .
Raison de l'incapacité de travail : maladie / ~~accident~~ (*biffer la mention inutile*)
Certificat : 1er certificat / ~~prolongation~~ (*biffer la mention inutile*)
Demande de prestations à temps réduit : 20% / 50% (*biffer la mention inutile*)
du . . / . . / . . jusqu'au : . . / . . / . .

Date : *18/5/16*
Signature + cachet : 

DR ERNST J-Y
Rue du Tombeuse 49
4801 Stembert
Tél: 087131 27 72
165899.68.004