

**Raison sociale :**

## ***Incapacité de travail –maladie-***

**Employé :**

Rue, NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

No téléphone \_\_\_\_\_

Numéro AVS \_\_\_\_\_

Etat civil \_\_\_\_\_

Enfant à charge \_\_\_\_\_

Profession exercée \_\_\_\_\_

Date de l'engagement : \_\_\_\_\_

Degré d'occupation \_\_\_\_\_

Contrat résilié:  non  oui

**Incapacité dès :** \_\_\_\_\_

Motif :  Maladie

Grossesse –date définie du congé- \_\_\_\_\_

Rechute d'une maladie antérieure:  oui  non

Temps de travail: Heures par semaine: \_\_\_\_\_

Salaire de base annuel : \_\_\_\_\_

Adresse du médecin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_