

Déclaration d'arrêt de travail

à remplir pour toute absence de plus de 2 semaines (autre qu'un accident)

- Maladie
 - Rechute (maladie)
 - Grossesse / maternité
- Date du terme :

Vos coordonnées	Nom et prénom :		N° matricule :
	<input type="checkbox"/> Employé-e	<input type="checkbox"/> Cadre	Service : _____
	<input type="checkbox"/> Apprenti-e	<input type="checkbox"/> Stagiaire	Profession exercée : _____
	<input type="checkbox"/> Enseignant-e		Cercle scolaire : _____ Division : _____
Incapacité de travail	<u>Travail interrompu</u> :		
	depuis quand ? _____ taux de l'incapacité de travail ? _____		
	si travail repris, depuis quand ? _____ à quel taux ? _____		
	<u>Durée probable de l'incapacité</u> ?		
<input type="checkbox"/> inférieure à 1 mois <input type="checkbox"/> supérieure à 1 mois <input type="checkbox"/> supérieure à 3 mois			
<u>Absences régulières, absences de courte durée "chroniques" depuis</u> : _____			
Conditions de travail	<u>Pénibilité physique du travail</u> :		
	<input type="checkbox"/> légère	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> lourde
	<u>Tenue du travail</u> :		
	<input type="checkbox"/> assis	<input type="checkbox"/> debout	<input type="checkbox"/> assis/debout
<u>Objet de plus de 10 kg à soulever</u> :			
<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> chaque semaine			
Genre de maladie (facultatif)	<u>Description de la maladie</u> :		

Adresses médecins	Premiers soins par : (adresse complète)		Suite du traitement : (adresse complète)
	_____		_____
Autres prestations d'assurance	Etes-vous au bénéfice d'indemnités journalières ou de rentes versées par : une caisse maladie, la SUVA ou une autre assurance-accident obligatoire, l'assurance invalidité, l'assurance vieillesse et survivants, l'assurance militaire, la caisse de chômage ?		
	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI si oui, lesquelles ? _____		
Lieu et date : _____ Signature : _____			

➔ **A transmettre au Service des Ressources humaines, avec le certificat médical.**