

# Déclaration d'arrêt de travail de plus de 2 semaines (autre qu'accident)

Maladie

Rechute maladie

Date 1<sup>ère</sup> incapacité : \_\_\_\_\_

Grossesse

Terme : \_\_\_\_\_

**VOS DONNÉES**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_

Mail privé : \_\_\_\_\_

Téléphone privé : \_\_\_\_\_

Profession exercée : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Cadre

Employé-e

Apprenti-e

Stagiaire

**INCAPACITÉ DE TRAVAIL**

Travail interrompu à la suite de la maladie ?

Oui

Non

Si oui, depuis quand ? \_\_\_\_\_

A quel taux ? \_\_\_\_\_

Reprise du travail ?

Oui

Non

Si oui, depuis quand ? \_\_\_\_\_

A quel taux ? \_\_\_\_\_

Durée probable de l'incapacité (quel que soit le taux d'incapacité) :

Inférieure à 30 jours

Supérieure à 30 jours

Inconnue à ce jour

Absences régulières, de courte durée (chroniques) depuis : \_\_\_\_\_

**MALADIE  
(FACULTATIF)**

Description de la maladie : \_\_\_\_\_

**ADRESSES MÉDECINS**

Premiers soins par (Nom/Cabinet et localité) : \_\_\_\_\_

**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 ? Oui Non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

LIEU ET DATE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

➔ **A transmettre au Service des ressources humaines, avec le certificat médical, par courrier ou par courriel.**

**POUR LE SRH (A NE PAS COMPLÉTER)**

N° PGM \_\_\_\_\_

Nombre d'heures \_\_\_\_\_

Salaire mensuel \_\_\_\_\_

GS 1175 \_\_\_\_\_

Autres particularités \_\_\_\_\_

Montant IJ \_\_\_\_\_

Taux de travail \_\_\_\_\_

x 12 x 13 \_\_\_\_\_

GS 5050 \_\_\_\_\_

Enfants (AF) \_\_\_\_\_