

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

Maladie

Rechute maladie

Date 1^{ère} 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) _____