Klik of tik om tekst in te voeren.

|  |  |
| --- | --- |
| **TRAVAILLEUR / TRAVAILLEUSE** | |
| Nom : | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Prénom : | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Numéro de registre national : | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Adresse : | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Téléphone : | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| E-mail : | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| En maladie / incapacité de travail depuis : | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Eventuelle reprise prévue pour le : | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Fonction actuelle (avant absence) : | Klik of tik om tekst in te voeren. |

**(\*)** A la demande de mon médecin traitant : OUI – NON\*\* (\*\*) biffer la mention inutile

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTREPRISE OU INSTITUTION** | |
| Nom de mon employeur : | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Adresse : | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| N° de TVA (si vous le connaissez) : | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| N° de client (si vous le connaissez) : | Klik of tik om tekst in te voeren. |

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDECIN TRAITANT** | **MUTUELLE** |
| Nom :Klik of tik om tekst in te voeren. | Mutuelle :Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Adresse :Klik of tik om tekst in te voeren. | Adresse :Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Klik of tik om tekst in te voeren. | Votre numéro d’affilié (vignette) :Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Téléphone :Klik of tik om tekst in te voeren. | Nom du médecin-conseil  (si vous le connaissez) :Klik of tik om tekst in te voeren. |

Date et signature du travailleur :