|  |
| --- |
| **TRAVAILLEUR / TRAVAILLEUSE** |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Numéro de registre national : |  |
| Adresse : |  |
| Téléphone : |  |
| e-mail : |  |
| En maladie / incapacité de travail depuis : |  |
| Eventuelle reprise prévue pour le : |  |
| Fonction actuelle (avant absence) : |  |

**(\*)** Déclaré(e) définitivement inapte par mon médecin traitant : OUI - NON\*\* (\*\*) biffer la mention inutile

|  |
| --- |
| **ENTREPRISE OU INSTITUTION** |
| Nom de l’employeur : |  |
| Adresse : |  |
| N° de TVA (si vous le connaissez) : |  |
| N° de client spmt-arista (si vous le connaissez) : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDECIN TRAITANT** | **MUTUELLE** |
| Nom : | Mutuelle : |
| Adresse : | Adresse : |
|   | Votre numéro d’affilié (vignette) : |
| Téléphone : | Nom du médecin-conseil(si vous le connaissez) : |

 Date et signature du travailleur :