

CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

destiné à l'employeur du patient / au patient indépendant

Je, soussigné(e), docteur en médecine, déclare avoir examiné aujourd'hui :

Nom, prénom du patient :

Raplinant Nicolas

Numéro d'identification au registre national du patient :

.....

Je déclare ce qui suit :

Cette personne est incapable de pratiquer un sport / d'exercer une activité professionnelle / de suivre les cours

du 1/5/2025 au 15/5/2025 (inclus) en raison de

maladie / accident / grossesse / intervention chirurgicale.

Ce certificat d'incapacité de travail concerne :

- le début de l'incapacité
- une prolongation de cette incapacité

Sortie du domicile autorisée : OUI / NON

Identification du médecin avec numéro INAMI :

.....

Signature

Dr. Hamlet Mirzoyan
1-49257-26-480

Date : 29/4/2025

Dr. Hamlet MIRZOYAN
Orthopedic Surgeon
1-49257-26-480
KIO Medical Center
Av. Brugmann 424, 1180 Uccle