

A L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL • FOR THE ATTENTION OF THE MEDICAL ADVISER

NOM – PRENOM • SURNAME – FIRST NAME.....

A été vu(e) le • was examined on

Observations et/ou diagnostic

Observations and/or diagnosis

Et l'avoir reconnu(e)

☐ Incapable de travailler

☐ Capable de travailler avec les restrictions suivantes :

and was assessed as

☐ unable to work

☐ able to work under the following conditions:

Si possible et avec l'accord de votre employeur,

☐ Un retour au travail progressif*

☐ Tâches adaptées*

☐ Horaire adapté*

☐ Adaptation du poste de travail*

* Prière de spécifier et/ou de commenter :

If possible and with the employer's agreement,

☐ a phased return to work*

☐ adjusted tasks*

☐ adjusted timetable*

☐ adapted work station*

* Please specify and/or provide comments:

Du ... / ... / au ... / ... / inclus

Sauf complications, les occupations peuvent être reprises le ... / /

from ... / ... / to ... / ... / inclusive

In the absence of complications, he/she may return to work on ... / ... /

Date et signature - Cachet du médecin

Date and signature - Doctor's stamp