

Cachez ce document avant de le joindre à votre déclaration

**CERTIFICAT d'ARRÊT
de TRAVAIL**

N° de contrat

Je soussigné Docteur
certifie avoir examiné ce jour (ou le)
M., Mme, Mlle (Nom et Prénom)
qui présente (diagnostic ou description des blessures) :
.....
.....

Son état de santé nécessite :

- un arrêt de travail Total de jours à compter du
- un arrêt de travail Partiel de jours à compter du

Sous toutes réserves, et à titre indicatif, la durée totale de l'incapacité temporaire :

- Totale, peut être estimée à jours
- Partielle, peut être estimée à jours

Le présent certificat est fait et remis à l'intéressé sur sa demande.

Fait à, le
Signature et cachet (indispensable)

Ce document confidentiel est destiné au contrôle médical, qui se réserve la faculté de demander une actualisation du présent document, passé un délai de 2 mois.

En donnant dès maintenant des indications détaillées, vous accélérez la prise en charge du dossier de votre patient.

Merci.

CONFIDENTIEL

MACSF prévoyance

Médecin-Conseil

10 cours du Triangle de l'Arche

TSA 40100

92919 La Défense cedex