

Incapacité de travail –maladie-

Employé : _____
Rue, NPA, Localité : _____
Nationalité : _____
Date de naissance _____
Numéro AVS _____
Etat civil _____
Enfant à charge _____
Profession exercée _____
Date de l'engagement : _____
Degré d'occupation _____
Contrat résilié: non oui

Incapacité dès : _____

Motif : Maladie
 Grossesse –date définie du congé- _____
Rechute d'une maladie antérieure: oui non

Temps de travail: Heures par semaine: _____

Salaire de base annuel : _____

Adresse du médecin: _____

Coordonnées bancaires pour le versement des indemnités :
