

Medical certificate in case of illness/accident during a period of LEGAL HOLIDAYS ABROAD

Certificat médical d'incapacité de travail survenant pendant une période de VACANCES ANNUELLES À L'ÉTRANGER

I, the undersigned doctor of medicine, certify to have examined today:

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Patient's surname, first name:
Nom, prénom du patient

National registration number of the patient (see identity card):
Numéro de registre national du patient (voir carte d'identité)

or date of birth: and place of birth
ou date de naissance et lieu de naissance

I declare the following : *Je déclare ce qui suit*

This person is unable to work from ... /... /20... until ... /... /20... (included) due to
Cette personne est incapable de travailler du ... /... / 20... au ... /... / 20... (inclus)

ILLNESS /ACCIDENT *pour cause de maladie/ accident.*

This certificate of incapacity to work covers - *Ce certificat d'incapacité de travail concerne:*
 the beginning of the incapacity - *le début de l'incapacité*
 an extension of the incapacity - *une prolongation de l'incapacité*

Permission to leave home or place of residence: YES / NO
Sortie du domicile ou du lieu de résidence autorisée : OUI / NON

Identification of doctor (name and accreditation number) :
Identification du médecin (nom et numéro d'accréditation)
.....
.....

Date ... /... /20... **Doctor's signature** *Signature du medecin*

Employee declaration regarding postponed holiday

Demande de report des jours de vacances coïncidant avec une période d'incapacité de travail à l'employeur :

Je demande en vertu de l'Arrêté royal du 30 mars 1967 le droit au report de mes jours de vacances annuelles coïncidant avec cette période d'incapacité de travail.

Je souhaite prendre mes jours de vacances reportés :

- consécutivement à la période de vacances en cours (veuillez donner votre accord)
- à une date ultérieure cette année (ou en cas de force majeure, reportés à l'année suivante).

Je réside actuellement à (pays + adresse complète) :.....
.....

Nom et prénom de l'employé :

Signature de l'employé :.....