



Febelgra
united in
graphics

Febelgra asbl
Place du Champ de Mars 2
1050 Bruxelles

T +32 (0)2 680 06 68
info@febелgra.be

TVA BE 0408 598 840
IBAN BE59 7310 1692 1926
BIC KREDBEBB

DEMANDE DE CONTRÔLE MÉDICAL

Convocation directe

Tel. : 0800/12346 (gratuit)
E-mail : mcmg@securex.be

Employeur	
Numéro de police	6224
Nom de l'entreprise	
Nom du donneur d'ordre	
N° de téléphone du donneur d'ordre	

Travailleur						
Nom + prénom						
Sexe						
Langue						
Catégorie (ouvrier/employé)						
Adresse du contrôle						
Code postal						
Commune						
Nom (A préciser uniquement si le nom est différent du nom du travailleur, par exemple le nom du conjoint si le travailleur est une femme mariée ou le nom du cohabitant légal)						
N° de téléphone (facultatif)						
Date de naissance						
Cycle de service hebdomadaire						
lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche

Motif de l'absence	maladie* - accident privé* - accident de travail* - accident depuis/vers le lieu de travail*
Date de début de l'absence / / 20....

Certificat médical	
Déjà connu ?	oui* - non*
Cause ?	1ère incapacité de travail* 1ère prolongation* - 2ème prolongation* prolongation*
Incapacité de travail	du/...../20.. .. - jusqu'au/...../20.....inclus
Sortie	autorisée* - interdite* - non mentionnée*
Médecin traitant	Nom : N° INAMI. :
	Commune

Informations complémentaires
