

Bescheinigung  
über  
Arbeitsunfähigkeit

To be filled in by employee  
A compléter par l'employé(e)  
Vom Mitarbeiter auszufüllen

Name  
Nom  
Name

date of birth  
né (e) le  
geb.

Home address  
Adresse du comicile  
Heimatadresse

employed in firm  
employé(e) par l'entreprise  
beschäftigt im Unternehmen

Work place  
Poste de travail  
Arbeitsstelle

To be filled in by the doctor  
A compléter par le médecin  
Vom Arzt auszufüllen

Is an accident during working hours involved? Details of accident.  
S'agit-il d'un accident du travail? Détails de l'accident.  
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Unfallhergang.

No  
Non  
Nein

Yes  
Oui  
Ja

CERTIFICATE OF UNFITNESS FOR WORK  
CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL  
Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit

Unfit for work  
incapacité de travail  
Arbeitsunfähig

No  
Non  
Nein

Yes  
Oui  
Ja

from  
du  
von

until  
au  
bis

In need of further treatment  
Traitement encore nécessaire  
noch behandlungsbedürftig

No  
Non  
Nein

Yes  
Oui  
Ja

Town / Country  
Localité / pays  
Ort / Land

Address  
Adresse  
Adresse

Date  
date  
Datum

Stamp and Signature of Doctor  
Cachet et Signature du médecin  
Stempel und Unterschrift des Arztes