



## Les documents reçus chez le ou la médecin généraliste



Dispositif de concertation et d'appui aux Centres Régionaux d'Intégration



Wallonie



Je soussigné Docteur en Médecine certifie que

se trouve en incapacité de :

Fréquenter la crèche



pour le motif suivant :

Maladie

Durée de son incapacité : 2 jour(s)

Depuis le : 13/04/2020 au 14/04/ 2020 inclus

Avec sortie : Autorisée

DATE DU CERTIFICAT : 13/04/2020

MEDECIN

SIGNATURE

Dr. DECHESNE,

Tél.:

INAMI : 16838606004

Dr. Elise DECHESNE

1-68386-06-004

Thier de la Chartreuse 2

4020 Liège

04 345 07 67

Je soussigné Docteur en Médecine certifie que

se trouve en incapacité de :

Travailler



pour le motif suivant :

Présence requise auprès de son enfant malade

Durée de son incapacité : 2 jour(s)

Depuis le : 13/04/2020 au 14/04/2020 inclus

Avec sortie : Autorisée

DATE DU CERTIFICAT : 13/04/2020

MEDECIN

SIGNATURE

Dr. DECHESNE,

Tél.:

INAMI : 16838606004

Dr. Elise DECHESNE

1-68386-06-004

Thier de la Chartreuse 2

4020 Liège

04 345 07 67

 1.65899.68.004	Nom et prénom du prescripteur <b>ERNST Jean-Yves</b>
<b>A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR:</b> nom et prénom du bénéficiaire: <i>Ernst Jean-Yves</i>	
Réservé à la vignette du conditionnement	R/ <i>L'Hypromin 175f</i> <i>20112</i>
Cachet du prescripteur  <b>Dr J-Y ERNST</b> Rue du Tombeux 49 4801 VERVIERS 1.65899.68.004	Date et signature du prescripteur: <i>26/11/2012</i> Délivrablé à partir de la date précitée ou à partir du:
<b>PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS</b>	

<b>A COMPLETER PAR LE TITULAIRE</b> COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A. Nom et prénom du titulaire/patient : ..... Organisme assureur : ..... Numéro d'inscription : <u>123456789</u> Adresse du titulaire : .....					
<b>ATTESTATION DE SOINS DONNES</b> <b>A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR</b> Nom et prénom du patient : <i>Ernst Jean-Yves</i> Titulaire) Conjoint) Enfants) Ascendant (1)					
Consultation - Visite (2) Date : <i>26/11/2012</i> N° de nomenclature : <i>1004</i> Frais de déplacement : ..... Autres prestations (2)					
Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.
Prescrit par : ..... (Nom et prénom) en date du : ..... Numéro d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : ..... Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n° : ..... Date de la réception de la prescription : ..... Le patient est hospitalisé / ambulat (1) : ..... N° de l'établissement : ..... Service : .....					
(1) Effacer les mentions inutiles. (2) Réserver les cases non utilisées. A.R. 15.07.2002 Identification du dispensateur : <i>252</i> EUR					
1/65899/68/004 12*0005/48 ERNST JEAN-YVES Médecine générale DU TOMBEUX 49 4801 VERVIERS					
 DR J-Y ERNST 067/312772 1.65899.68.004					
Date : <i>26/11/2012</i> A Signature du dispensateur:					
<b>RECU</b> 1/65899/68/004 12*0005/48 ERNST JEAN-YVES Date : <i>26/11/2012</i> Signature du dispensateur:					
Reçu la somme de : <i>452</i> EUR					

Je soussigné Docteur en Médecine certifie que

se trouve en incapacité de :  
**Travailler**



pour le motif suivant :  
**Maladie**

Durée de son incapacité : **5 jour(s)**

Depuis le : **20/04/2020 au 24/04/2020 inclus**

Avec sortie : **Autorisée**

DATE DU CERTI **20/04/2020**

MEDECIN

SIGNATURE

Dr. DECHESNE ,

Tél.:  
INAMI : 16838606004

Dr. Elise DECHESNE  
1-68386-06-004  
Thier de la Chartreuse 2  
4020 Liège  
04 345 07 67

Je soussigné Docteur en Médecine certifie que

se trouve en incapacité de :

**Fréquenter les cours**



pour le motif suivant :  
**Maladie**

Durée de son incapacité : **3 jour(s)**

Depuis le : **20 /04/2020 au 22/04/2020 inclus**

Avec sortie : **Non autorisée**

DATE DU CERTIFICAT **20/04/2020**

MEDECIN

SIGNATURE

Dr. DECHESNE ,

Tél.:  
INAMI : 16838606004

Dr. Elise DECHESNE  
1-68386-06-004  
Thier de la Chartreuse 2  
4020 Liège  
04 345 07 67