|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Certificat de report de la séance de mise à niveau pour des raisons médicales** | MOW-04-210603 |
|  | //////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  | Département de la Mobilité et des Travaux publics**Politique de mobilité appliquée**www.vlaanderen.be/terugkommoment |
|  |
|  | **A compléter par le participant** |
|  |
|  | Données personnelles |
|  |
|  | prénom et nom |       |
|  | numéro de registre national |       |  |     |  |    |  |
|  | numéro de téléphone |       |
|  | adresse e-mail |       |
|  |
|  | Données relatives à la séance de mise à niveau |
|  |
|  | [ ]  | Je n’ai pas pris rendez-vous pour la séance de mise à niveau. |
|  | [ ]  | J’ai pris rendez-vous pour la séance de mise à niveau le:**Auprès de l’organisme suivant:** | jour |    | mois |    | année |      |  |
|  |  |
|  |       |
|  |
|  | Signature |
|  |
|  | Je déclare ne pas pouvoir assister à la séance de mise à niveau pour des raisons médicales et demander un report. |
|  | date | jour |    | mois |    | année |      |  |
|  | signature |       |
|  |
|  | **À remplir par le médecin traitant** |
|  |
|  | Données personnelles |
|  |
|  | prénom et nom |       |
|  | numéro INAMI |       |
|  | rue et numéro |       |
|  | code postal et localité |       |
|  | adresse e-mail |       |
| H:\2014\HUISSTIJL\Logo's\Logo Vlaamse overheid.jpg |
|  |
|  | Date de début et de fin de la période endéans laquelle le participant ne peut pas assister à la séance de mise à niveau pour des raisons médicales |
|  |
|  | de | jour |    | mois |    | année |      | au | jour |    | mois |    | année |      |  |
|  |
|  | Signature |
|  |
|  | Je soussigné, en ma qualité de médecin traitant du participant, déclare que le participant se trouve dans l’incapacité d’assister à la séance de mise à niveau pendant la période susmentionnée pour des raisons médicales. |
|  |
|  | Apposer votre cachet dans la case en regard. |  |
|  | date | jour |    | mois |    | année |      |  |
|  | signature |       |  |