

**Bescheinigung
über
Arbeitsunfähigkeit**

To be filled in by employee A compléter par l'employé(e) Vom Mitarbeiter/der Mitarbeiterin 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 bzw. Ärztin 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.	

<input type="checkbox"/> No Non Nein	<input type="checkbox"/> Yes Oui Ja
--	---

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

Unfit for work incapacité de travail Arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> No Non Nein	<input type="checkbox"/> Yes Oui Ja	from du von	<input type="text"/>	until au bis	<input type="text"/>	In need of further treatment Traitement encore nécessaire noch behandlungsbedürftig	<input type="checkbox"/> No Non Nein	<input type="checkbox"/> 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, der Ärztin
---	-------------------------------	-----------------------	--