

Document médecin traitant

Congé de maladie (CLM/CLD/CGM)

Je soussigné(e),

Docteur :

Adresse :

Téléphone :

Certifie que l'état de santé de :

Madame/Monsieur

Nom :

Prénom :

Employeur (s) :

Nécessite : un octroi un renouvellement

Type de congé : CLM CLD CGM

Durée : 3 mois 4 mois 5 mois 6 mois

A compter du :

A, le

Signature + cachet