

## - Attestation médicale 2 - Congé pour assistance médicale

**Attention:** vous devez utiliser cette attestation uniquement si votre employeur initie la demande par voie électronique.

### **Quand utiliser cette attestation?**

Cette attestation doit être utilisée dans le cadre d'une demande de congé pour assistance médicale pour un membre de la famille (parents ou alliés jusqu'au 2<sup>ème</sup> degré) ou un membre du ménage par tous les travailleurs sauf ceux du secteur privé et les membres du personnel des communes, des provinces et des services qui en dépendent. Si le patient est un enfant mineur gravement malade ou un enfant mineur hospitalisé, vous devez utiliser l'Attestation médicale 3 - Congé pour assistance médicale ou crédit-temps pour motif soins enfant mineur gravement malade.

### **Que faire avec cette attestation?**

Cette attestation doit être dûment complétée et ensuite chargée dans l'application électronique soit par votre employeur, soit par vous-même. Sans cette attestation, la demande est incomplète et ne peut être traitée.

**Attention:** seule la page 2 de cette attestation doit être téléchargée dans l'application électronique.

# PARTIE I

## à compléter par le travailleur

### Votre identité

Ce numéro se trouve au verso de votre carte d'identité.

Numéro d'identification du Registre national ..... • ..... • ..... • ..... • .....

Nom .....

Prénom .....

### Votre demande de congé pour assistance médicale

**Vous demandez un congé pour assistance médicale pour la période**

du ..... • ..... • ..... au ..... • ..... • ..... inclus

### Identité du patient

*Vos déclarations sont conservées dans des fichiers informatisés. Vous trouverez de plus amples informations concernant la protection de ces données dans la brochure relative à la protection de la vie privée disponible auprès des bureaux de l'ONEM.*

**Nom, prénom et numéro d'identification du Registre national de la personne pour laquelle vous demandez le congé**

Nom .....

Prénom .....

Numéro d'identification du Registre national ..... • ..... • ..... • ..... • .....

Je certifie que toutes les données figurant sur cette attestation sont exactes.

Date ..... • ..... • .....

Signature du travailleur

# PARTIE II

## à compléter par le médecin traitant

### Déclaration du médecin traitant du patient

*Cette attestation doit être complétée au plus tôt un mois avant la date de début du congé et au plus tard le jour de la date de début de ce congé.*

Je déclare que le patient précité dans la PARTIE I souffre d'une maladie **grave** ou a subi une intervention médicale **grave ET** que l'assistance sociale, familiale ou morale du travailleur ou des soins octroyés par le travailleur est/sont **nécessaire(s)** à sa convalescence.

Date ..... • ..... • .....

Signature et cachet du médecin traitant