**CERTIFICAT DE QUARANTAINE**

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir interrogé ce jour

Nom, prénom du patient :

……………………………………………

Numéro d’identification du Registre national du patient :

…………………………………………..

déclare que :

La personne est capable de travailler mais n’est pas autorisée à se rendre sur son lieu de travail

du … /… / 2020 au … /… / 2020 (inclus).

Ce certificat concerne :

* le début de la mise en quarantaine
* une prolongation de la mise en quarantaine

Sorties autorisées : OUI / NON

Identification du médecin avec numéro INAMI : ……………………………………………………………………

Signature :

Date : …/.…/2020