(Nom de la clinique et logo s’il y a lieu)

## CERTIFICAT D’ARRÊT DE TRAVAIL

Date d’émission :

**Coordonnées du client**

Nom et prénom :

Adresse :

**État de santé mentale ou psychologique du client justifiant l’arrêt de travail**

**(Diagnostic, diagnostic provisoire ou nature des symptômes invalidants)**

|  |
| --- |
|  |

**Date du début de l’arrêt :**

**Date de fin (si connue) :**

**Coordonnées du psychologue ou neuropsychologue :**

Nom et Prénom :

Numéro de permis :

Numéro de téléphone ou adresse courriel :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du psychologue