

## ANNEXE IV

**FORMULAIRE À ÊTRE REMPLI PAR UNE OU UN MÉDECIN  
POUR JUSTIFIER L'ABSENCE PRÉVUE À LA CLAUSE 5-1.01 G) 2)**

\_\_\_\_\_ (nom de l'enfant, de la conjointe ou du conjoint)

a été sous mes soins pour :

*cocher une des cases à droite s'il vous plaît*

- maladie grave
- accident
- consultation d'une ou d'un spécialiste

La présence de \_\_\_\_\_ (nom de la salariée ou du salarié)

était requise :  oui  
 non

\_\_\_\_\_ (date et heure)

\_\_\_\_\_  
Nom de la ou du médecin  
(Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Numéro de pratique