

Avis de reprise du travail

N° d'accident :
M^{me}, M^r :
au service de :
blessé(e) le : est en état de reprendre le travail le :

Il s'agit d'une reprise du travail : totale partielle

Le traitement médical est : terminé en cours

La guérison est-elle acquise ?
.....

Le : / /

Signature du médecin,

Attestation de l'employeur

M^{me}, M^r :
a chôme à partir du :
Il/Elle a repris le travail le :

Pendant ce temps, l'incapacité de travail a été :

- Complète, du au
- Partielle, de %, du au

Signature du sociétaire,