

AVIS DE REPRISE DU TRAVAIL

N° D'ACCIDENT :
M.....
au service de
blessé le est en état de reprendre le travail le
Il s'agit d'une reprise TOTALE – PARTIELLE du travail (*).
Le traitement médical est TERMINE – CONTINUE (*).
La guérison est-elle acquise ?
Le *Signature du médecin,*

(*) Biffer la mention inutile.

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

M.....
a chômé 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,