



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,