

Certificat médical d'aptitude à la reprise

Je soussigné, Docteur.....
Après avoir examiné Monsieur, Madame.....
En congé de longue maladie, longue durée depuis le.....
Employé(e) par.....

Certifie :

- Que l'état de santé du patient justifie la reprise du travail à temps complet à compter du.....
- Que l'état de santé du patient justifie la reprise du travail à temps partiel thérapeutique :
 - À compter du
 - Pour 1 mois 2 mois 3 mois
 - À%
- Que l'état de santé du patient justifie la reprise du travail après l'avis favorable du médecin du travail

À

Le

Cachet et signature