

## 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