

CERTIFICAT DE REPRISE DU TRAVAIL

Aptitude à la reprise · Return to Work Doctor's Note

Dr : _____ N° RPPS : _____ Spécialité : _____

Établissement de santé : _____ Ville : _____

CERTIFIE L'APTITUDE À REPRENDRE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Nom du/de la salarié(e) : _____

Pièce d'identité : _____ Entreprise / Lieu de travail : _____

REPRISE AUTORISÉE - APTE AU TRAVAIL

Date d'aptitude : _____ Date de reprise : _____

☐ Reprise complète sans restriction ☐ Reprise progressive ☐ Avec les conditions suivantes

CONDITIONS ET RESTRICTIONS POUR LA REPRISE :

DIAGNOSTIC DE RÉFÉRENCE / MOTIF DE L'ARRÊT ANTÉRIEUR :

Certificat établi à : _____

Dr : _____ N° RPPS : _____ Date : _____
