

## 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 : ..... pendant : ..... (*de 1 mois à 3 mois*) à : ..... %.
- Que l'état de santé du patient justifie la reprise du travail après l'avis favorable du  
médecin de prévention (*du travail*).

Fait à : ..... Le : .....

Cachet et signature :

