Certificat médical de reprise

Identification du médecin : Nom/Prénom……………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………

N° RPPS : ……………………………………………………………………………………

Patient(e) : Nom /Prénom : ………………………………………………………………… né(e) le ………../………/………………………..

Par la présence, j’atteste que le patient, cité ci-dessus, pourra, à compter du............

* 1- reprendre son travail à temps plein.
  + Sans restriction de poste
  + avec les restrictions de poste suivantes :
* 2- reprendre son travail à temps partiel thérapeutique à :
  + 50%
  + 60%
  + 70%
  + 80%
  + 90%

pour .....mois. (3 mois maximum)

* + Sans restriction de poste
  + avec les restrictions de poste suivantes :

À …………………………… Le ……./….…/……………………..

Signature du médecin/cachet