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