



# GRAND JEAN

## &Co

### ***AVIS DE REPRISE DU TRAVAIL***

N° D'ACCIDENT : .....

M.....

au service de .....

blessé le ..... est en état de reprendre le travail le .....

Il s'agit d'une reprise TOTALE – PARTIELLE du travail (\*).

Le traitement médical est TERMINE – CONTINUE (\*).

La guérison est-elle acquise ? .....

Le ..... *Signature du médecin,*

(\*) Biffer la mention inutile.

---

### ***ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR***

M.....

a chômé à partir du .....

Il – Elle a repris le travail le .....

Pendant ce temps, l'incapacité de travail a été :

complète du ..... au .....

partielle de ..... % du ..... au .....

*Signature du sociétaire,*