



## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA REPRISE

Collectivité : .....

Nom, Prénom de l'agent : .....

MAJ  
06/2022

Congé pour raisons de santé en cours:

Du ..... au ..... (soit .....an(s).....mois) Nature du congé :.....

### ***CADRE RESERVE AU MEDECIN TRAITANT***

Je soussigné(e) Docteur.....reconnais avoir examiné  
M/Mme .....dans le cadre d'une expertise  
médicale réalisée à mon cabinet le ..... certifie que:

L'état de santé du patient justifie la reprise du travail à temps complet à compter du .....

L'état de santé du patient justifie la reprise du travail à temps partiel thérapeutique à compter du  
..... pendant ..... (1 à 3 mois) à .....(xx%).

➤ Préciser les conditions d'exercice des fonctions à temps partiel thérapeutique

Que l'état de santé du patient justifie la reprise du travail après l'avis favorable du médecin du travail

Avis complémentaire :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date .....

Cachet et signature du médecin traitant