

# ATTESTATION DE REPRISE DE TRAVAIL

Je soussigné(e),

**Nom et prénom de l'employeur / médecin du travail :**

\_\_\_\_\_

**Atteste que :**

Nom et prénom du salarié :

\_\_\_\_\_

Date de naissance :

\_\_\_\_\_

**A repris son travail dans l'entreprise :**

Nom de l'entreprise :

\_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

**Cette reprise fait suite à :**

- Un arrêt de travail pour maladie ou accident de travail.
- Un congé maternité ou paternité.
- Une suspension du contrat de travail pour raison médicale.
- Autre : \_\_\_\_\_

**Date effective de reprise :**

\_\_\_\_\_

Fait à :

\_\_\_\_\_

Le :

\_\_\_\_\_

**Signature :**

\_\_\_\_\_

**Signature de l'employeur / médecin du travail**

**Signature du salarié**

Date et cachet

Date

**Informations légales**

Conformément aux articles L1226-1 et suivants du Code du travail, le salarié est tenu d'informer l'employeur de sa reprise effective du travail. Cette attestation permet de formaliser cette reprise et d'assurer le suivi administratif et médical nécessaire.

Source originale de ce document :

<https://modele-attestation.com/attestation-de-reprise-de-travail/>

Ce modèle vous a-t-il été utile ?

Découvrez d'autres modèles à jour sur :

<https://modele-attestation.com>

Voir plus de modèle

Ce modèle est destiné exclusivement à un usage personnel et non commercial.

Toute diffusion ou publication doit obligatoirement citer la source.

Ce modèle est fourni à titre purement indicatif et ne constitue pas un conseil juridique.  
Il est recommandé de consulter un professionnel qualifié pour des situations spécifiques.