

Modèle de certificat de reprise (CLM/ou CGM/CLD)
(établi par le médecin traitant ou spécialiste de l'agent)

Certificat médical d'aptitude à la reprise*

Je soussigné, Docteur

Après avoir examiné Monsieur, Madame,.....

En congé de longue maladie (ou grave maladie ou longue durée) depuis
le.....

Employé(e) par la collectivité(l'établissement).....

Certifie :

- Que l'état de santé du patient justifie la reprise du travail à temps complet à compter du

- Que l'état de santé du patient justifie la reprise du travail à temps partiel thérapeutique à compter du.....pendant (de 1 mois à 3 mois max) à%

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

date
cachet, signature

*Demandé en application du **décret 87-602 du 30/07/1987 (article 31)**