



## CERTIFICAT DE REPRISE DE TRAVAIL

Société

Raison Sociale : \_\_\_\_\_ N° Adhérent : \_\_\_\_\_

Je soussigné,

Nom Prénom \_\_\_\_\_ en qualité de \_\_\_\_\_

Certifie la reprise d'activité en date du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

à temps (1)  partiel  complet

pour son arrêt de travail du \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

de mon Collaborateur :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Mle Sécurité Sociale \_\_\_\_\_

(1) **Rayer les mentions inutiles**

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

SIGNATURE ET CACHET  
DE L'ENTREPRISE

**DOCUMENT A RETOURNER A :**

**GROUPE APICIL 38 RUE FRANCOIS PEISSEL - BP 47 - 69 642 CALUIRE ET CUIRE CEDEX**

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONCERNANT CE SINISTRE, CONTACTEZ NOS SERVICES

 0 974 500 700  Fax 04 26 23 89 63

**APICIL**  
PREVOYANCE

Institution  
de prévoyance  
régie par le code  
de la sécurité sociale

38, rue François Peissel  
BP 47  
69642 Caluire et Cuire cedex  
www.apicil.com