

# CERTIFICAT DE REPRISE DE TRAVAIL

Document à retourner à l'adresse ci-dessous :

**APICIL Prévoyance - 38 rue François Peissel - BP 47 - 69642 Caluire et Cuire Cedex  
Tél : 04 72 27 78 78**

Dénomination ou Raison Sociale : .....

N° SIRET :

Je soussigné(e),

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Agissant en qualité de .....

Certifie la reprise d'activité du collaborateur :

Nom : ..... Prénom(s) : .....

N° de Sécurité sociale :                Clé :

En date du : .....

A temps  partiel(\*)  complet *Cocher la mention correspondante*

Pour son arrêt de travail du : .....

Certifié exact, le : ...../...../..... à .....

Signature et cachet de l'entreprise :

\* Si reprise en mi-temps thérapeutique, merci d'indiquer le salaire mensuel brut ½ temps.