

**MENSURA Accidents du Travail**  
Service Sinistres

**AVIS DE REPRISE DU TRAVAIL**

**N° D'ACCIDENT :** .....

M .....  
 au service de .....  
 blessé le ..... est en état de reprendre le travail le .....

Il s'agit d'une reprise TOTALE - PARTIELLE du travail (\*).  
 Le traitement médical est TERMINE - CONTINUE (\*).  
 La guérison est-elle acquise ? .....

Le ..... *Signature du médecin,*

(\*) Biffer la mention inutile.

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR**

M .....  
 a chôme à partir du .....

Il - Elle a repris son travail le .....

Pendant ce temps, l'incapacité de travail a été :

complète du ..... au .....

partielle de ..... % du ..... au .....

*Signature du sociétaire,*

**N.B. : Le présent avis doit être immédiatement envoyé à votre compagnie d'assurance contre les accidents du travail en vue du règlement éventuel de l'indemnité due au travailleur.**