**Certificat médical d’aptitude à la reprise**

Je soussigné, Docteur………………………………………..………………………………………..…………………

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

En congé de longue maladie (longue durée) depuis le……………………………………………….

Employé(e) par la mairie de ………………………………………..……………………………………………………

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) à **…… %** .
* Que l’état de santé du patient justifie la reprise du travail après l’avis favorable du médecin du travail

Date : ……………………

Cachet et signature