

**ATTESTATION DE REPRISE DU TRAVAIL EN MI-TEMPS THERAPEUTIQUE  
POUR LE MOIS DE .....**

**A compléter et à retourner au Service « INCAPACITE » de votre Centre de gestion  
accompagné des décomptes d'indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale  
et d'une copie de la fiche de paie pour le mois concerné.**

Centre de gestion MULHOUSE : 143 avenue Aristide Briand BP 2439 - 68067 Mulhouse Cedex - Tél. 03 89 56 87 98  
Centre de gestion STRASBOURG : 2 rue de Reutenbourg - 67921 Strasbourg Cedex 9 - Tél. 03 90 22 84 93

• **IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR**

Nom, prénom .....  
ou raison sociale .....  
et adresse .....

• **IDENTIFICATION DU SALARIE**

N° immatriculation | | | | | | | | | | | | | | |

NOM-Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

L'employeur soussigné certifie que l'assuré désigné ci-dessus a cessé son activité le .....

A repris son activité à temps partiel thérapeutique le ..... Compléter le tableau ci-dessous.

Renseignements relatifs à	Période de référence		Nombre d'heures effectuées	Salaire BRUT hors primes exceptionnelles	Salaire NET hors primes exceptionnelles
	du	au			
l'activité exercée à <b>temps partiel</b> par l'intéressé(e)					
la même activité exercée <b>à temps complet</b> par l'intéressé(e)					

SALAIRE INTEGRALEMENT MAINTENU PENDANT LA PERIODE CI-DESSUS OUI  NON

Certifié exact, à ....., le .....

Signature et  
Cachet de l'employeur