santé
famille
retraite
services

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES DES SALARIÉS AGRICOLES

ATTESTATION DE REPRISE DE TRAVAIL

CERFA N° 50-4097

L'employeur doit adresser cette attestation à la caisse désignée ci-dessus dès que la victime a repris le travail après un accident de travail ou une maladie professionelle.

EMPLOYEUR

NOM, Prénoms : .....
(ou dénomination) .....

N° d'adhérent

Adresse : .....

..... Code postal

VICTIME

NOM, Prénoms : .....

NOM d'usage (facultatif) : .....

Adresse : .....

..... Code postal

N° d'immatriculation .....

REPRISE DU TRAVAIL

Date de l'accident .....

ou de la constatation de la maladie professionnelle .....

Date du dernier jour de travail .....

Date de la reprise de travail .....

CERTIFIÉ EXACT

A ....., le

Signature de l'employeur ou de son représentant

Réf. : 113 ATA 02 - PAO/CCMSA