

**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 professionnelle.**

**EMPLOYEUR**

NOM, Prénoms : ..... N° d'adhérent  
( ou dénomination ) .....

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 du travail

**CERTIFIÉ EXACT**

A ....., le

Signature de l'employeur  
ou de son représentant