

	ENREGISTREMENT	Réf. : EN-GDATMP-03
	ATTESTATION DE REPRISE DE TRAVAIL	Version : 03 Page : 1 / 1

(À remplir par l'employeur et à retourner à la CNPS)

REF : ACCIDENT

//-

Date Accident :

M.....

N° Travailleur :

.....

N° Sinistre :

.....

Je soussigné (e).....

atteste que le travail interrompu le

parprofession.....

a été repris le

Le règlement des indemnités Journalières doit intervenir au nom* :

- de la victime

- de l'Employeur

Le règlement des Indemnités Journalières doit être effectué* :

- Par chèque

- par virement

- en espèce

Fait à, le

(Signature et cachet de l'Employeur)

Nom, prénoms et qualité du signataire :.....

.....

* Veuillez cocher la case correspondante