Prénom et nom du salarié

Adresse du salarié

Email

CPAM
Adresse

Objet : Attestation de reprise de travail

Numéro de Sécurité Sociale du salarié : ….

Je soussigné, Madame/Monsieur *(représentant légal de la société)*, *(fonction dans la société)* de la société *(nom de la société)* certifie que Madame/Monsieur *(nom et prénom du salarié)* immatriculé *(numéro de Sécurité Sociale du salarié)* a bien repris son travail le *(date de retour)*.

Je vous d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de mes sentiments distingués.

Fait à (nom de la ville)

Le (date)

Signature du représentant légal