

Veuillez renvoyer le document dûment complété et signé  
à: ADESIO, Rue du Vertbois 27/11, 4000 LIEGE  
info@adesio.be  
Réf.sinistre : .....  
et en garder une copie

## Avis de reprise du travail

Le présent avis doit être immédiatement envoyé à votre compagnie d'assurance accidents du travail en vue du règlement éventuel du au travailleur.

Numéro d'accident :

Nom :

Prénom :

Au service de :

Blessé le :

Est en état de reprendre le travail le :

Il s'agit d'une reprise totale - partielle du travail\*.

\*Biffer la mention inutile

Le traitement médical est terminé - à continuer\*.

\*Biffer la mention inutile

La guérison est-elle acquise ?

Date :

Signature du médecin,

## Attestation de l'employeur

Nom :

Prénom :

A chômé à partir du :

A repris son travail le :

Pendant ce temps, l'incapacité de travail a été :

complète du

au

partielle de

%

du

au

Signature de l'employeur,

Date :