

# Demande de reprise progressive du travail (mi-temps médical)

Nom : ..... Prénom :  
.....

NISS : ..... Téléphone : .....

Adresse email : .....

Je sollicite l'autorisation d'une reprise progressive du travail.

Date de début souhaitée :	.....
Durée prévue :	.....
Temps de travail (ex. 50%) :	.....
Horaires proposés :	.....
Tâches adaptées (le cas échéant) :	.....
Avis du médecin traitant (référence) :	.....

### **Accords requis :**

• Accord de la mutuelle (médecin-conseil) — date/numéro de dossier :  
.....

• Accord de l'employeur — date : ..... Personne de contact :  
.....

Signature du travailleur : ..... Date : .....

■ Ceci est un modèle fourni à titre d'exemple — sans valeur légale.