



# Attestation

(À compléter à la reprise de l'activité totale et/ou partielle)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Vous informe qu'à compter du \_\_\_\_\_

j'ai repris mon activité :

À temps complet

À temps partiel à hauteur de \_\_\_\_\_ % Pour une durée prévisionnelle de \_\_\_\_\_

(dans ce cas, nous vous remercions de bien vouloir joindre à la présente un certificat médical précisant ce pourcentage).

Fait à : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature et cachet

#### La Médicale de France

Entreprise régie par le Code des assurances - S.A. au capital entièrement libéré  
de 2 160 000 euros - Siège social : 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris  
Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul - 75499 Paris Cedex 10  
582 068 698 RCS Paris

Predica - Entreprise régie par le Code des assurances  
S.A. au capital entièrement libéré de 960 745 065 euros

Siège social : 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris - 334 028 123 RCS Paris  
La Médicale Vie - Prévoyance - Association Loi 1901 - 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris



**La médicale**  
assure les professionnels de santé