



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



PROCES VERBAL DE REPRISE DE TRAVAIL

Document à remplir à l'issue de chaque congé

ETABLISSEMENT EMPLOYEUR : _____

RNE : _____

Je soussigné _____

chef d'établissement certifie que :

NOM Prénom de l'AED : _____

a bien repris, à l'issue de son congé, ses fonctions en date du _____

à _____, le _____

Signature et tampon du chef d'établissement

Groupement de paye Edgar Quinet

Tél : 04 74 21 24 65

Mél : mut-pay.e.ain@ac-lyon.fr

5 avenue Jean Marie Verne 01000 BOURG EN BRESSE