

n° 11138\*05  
CM-PRE

# Certificat d'arrêt de travail

accident du travail  
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation  
☐ final ☐ de rechute

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation 1 85 01 16 37 40 41 16

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

CHAILLOUX

prénom :

Sebastien

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville :

n° téléphone :

batiment :

escalier :

étage :

appartement :

code d'accès de la résidence

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? ☐

d'une maladie professionnelle ? ☒

date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle

(voir notice 1)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui ☐

non (2) ☐

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

- arrêt de travail ☐ jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres :

samedi quatre juin  
04 06 2022

inclus

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 06 05 2022

non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐

oui ☐ à partir du

(voir notice 4)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale ☐ du

au

(art. L. 433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 5)

- reprise de travail à temps complet le

(voir notice 6)

CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE  
OU AU POLE EMPLOI SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE

identification du praticien  
(nom et prénom)

DOCTEUR LIOT MAXENCE

date 05 05 2022

signature du praticien

=> 16 1 70065 3

CM-PRE S6909e

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code de la sécurité sociale).