

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)

l'assuré(e)

régime : général ☐ agricole ☐ autre ☐ lequel ? :

numéro d'immatriculation

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

prénom :

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^{ère} 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)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

l'arrêt de travail

- arrêt de travail

☒ jusqu'au- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres :

inclus

sorties autorisées : oui ☒ à partir dunon ☐

(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 CHOMAGEidentification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR LIOT MAXENCE

date

signature du praticien

=> 16 1 70065 3

CM-PRE S6909e