

certificat d'arrêt de travail

(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

118501163741041116

CHARNOUX

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 : bâtiment : 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^{re} 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 : Commune d'AUSSAC-VADALLE

adresse : 61 rue de la République

n° téléphone : 05 45 20 61 60

16560 AUSSAC-VADALLE

courriel : marie@aussac-vadalle.fr

l'arrêt de travail

- arrêt de travail jusqu'au

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

Vendredi quatre vingt trois
15/05/2022

inclus

sorties autorisées : oui à partir du

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

non

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

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

au - 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 25/05/2022 signature du praticien

=> 161700653

CM-PRE S6909e