

n°10170*06
PRN-PRE

avis d'arrêt
de travail

☒ initial ☐ de prolongation (*)

à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation 263029903908793

nom et prénom LE CORNEUR Noctelene

(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale) 011611601

adresse où le malade peut être visité (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

activité salariée ☒ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ activité non salariée agricole ☐

sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situation

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui ☐ date non ☒

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai
afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale MAIRIE n° téléphone : 0545 206160

e.mail :

adresse 16560 AUSSAC-VADALLE

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : LE CORNEUR Noctelene

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
 - en toutes lettres :
 (à compléter obligatoirement)
 et
 - en chiffres 21032022 inclus

sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 220922022 non ☐

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

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

non ☐ oui ☒ à partir du 220922022

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR ATALLAH VINCENT

date 20172021

signature du praticien

=> 16 1 78004 4

PRN-PRE S3116h