

# Avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation (\*)

volet 3, à adresser  
à votre  
EMPLOYEUR  
ou au  
POLE EMPLOI

(art L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1, L.323-6, L.376-1, L.433-1, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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)** (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 263029903908793

nom et prénom LE CORNEUR MADALENA

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

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

salarié(e) ☒ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ non salarié(e) agricole ☐ élu(e) local(e) ☐

artiste-auteur(e) affilié(e) SSAA ☐ sans emploi ☐ date de cessation d'activité :  
précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui ☐ date :

## 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 0545206160  
e.mail : Mairie@Aussac-Vadalle.fr  
adresse 61 rue de la République - 16560 AUSSAC Vadalle

### les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au  
- en toutes lettres : Onze septembre 2025  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres 11/09/2025 inclus

en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) ☐  
en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle ☐ Date AT/MP :

sorties autorisées : oui ☒ à partir du (voir notice 4)  
sorties sans restriction : oui ☒ à partir du (voir notice 5)  
activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du (Voir notice 6)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au  
(voir notice 7)

en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle ☐ Date AT/MP :

identification du praticien

(nom et prénom)

DOCTEUR ATROUS GEOFFROY

date 2008/2025 signature du praticien => 16 1 70046 3

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).  
La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

PRN-TER S 3116j