

Avis d'arrêt
de travail initial de prolongation (*)volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI

(art L162-4-1-1eral, L162-44, L3152, L321-1, L323-6, L376-1, L433-1, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R. 441-10, L433-1, R433-15, 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 MADELENA

(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

MAINIE D'AUSSAC Vadello

n° téléphone 0545206160

e-mail : Mainie.Daussac.Vadello@...

adresse

51 rue de la République 16560 AUSSAC Vadello

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 :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres

02102025

inclus

deux octobre deux mille vingt cinq

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

[REDACTED]

(voir notice ④)

sorties sans restriction : oui

à partir du

[REDACTED]

(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
(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

11092025

signature du praticien

=> 161700463

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).