

(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 8163 0299 039 087 93

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

n° téléphone 0545206160

e.mail : Mairie D'Aussac-Vadello

adresse

61 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

deux octobre deux mille vingt
02102025 inclus 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 (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
(voir notice 7)

en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle

☐

Date AT/MP :

identification du praticien

(nom et prénom)

DOCTEUR A TROUS GEOFFROY

date 11/09/2025

signature du praticien

=> 16 1 70046 3