

avis d'arrêt  
de travail

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

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil (art L1624-1-ter al, L16244, L315-2, L321-5ème al, L 323-6, L 376-1, L 613-20, R 321-2, R 323-11-1, D. 323-2, R441-10, L433-1, R433-15, 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)** (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

29 002 16374 0251143

nom et prénom PEQUEUR Benoïte  
(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 16560 ville AUSSAC-VADALLE 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) MdA/AGESSA  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 : ..... 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

n° téléphone

e.mail :

adresse

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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : PEQUEUR Benoïte

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et

- en chiffres

Du 26 octobre 2023

inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ②)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP : .....

\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui  à partir du ..... non  (voir notice ④)

sorties sans restriction : non  oui  à partir du ..... (Voir notice ⑤)

activité(s) autorisée(s) : ..... oui  à partir du ..... non  (Voir notice ⑥)

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

sans rapport\*\*  en rapport\*\*  avec un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP : .....

\*\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien  
(nom et prénom)

DOCTEUR BARRET JEAN-LOUIS

date 10/10/2023

signature du praticien

Jeanne-Elie GUILLAUD  
Infirmière  
Médecine générale

=> 16 1 70035 6

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatisation 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 possible 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-BIS S 3116i