



n°10170*05
PRN-PRE

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

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

(art. L.162-4-1-ter a, L.162-44, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.326-6, 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 1 6 2 0 9 1 6 0 1 5 0 5 0 0 4

nom et prénom LALUT PASCAL

(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) 0 1 1 6 1 1 6 0 1

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 d'Aussac Vadalle

n° téléphone :
e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : LALUT PASCAL

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : mardi 15 septembre 2020
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 1 5 0 9 2 0 2 0 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 0 3 0 7 2 0 2 0 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 0 3 0 7 2 0 2 0

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien

(nom et prénom)
Dr MARTIN Jean-Bruno

identifiant 1 0 0 0 2 6 8 9 0 1 5

date 0 3 0 7 2 0 2 0 signature du praticien

03072020

PRN-PRE S3116g



n°10170*05
PRN-PRE

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

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

(art L.162-4-1-1^{er} al. L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5^{ème} al., L. 326-6, 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 1 6 2 0 9 1 6 0 1 5 0 5 0 0 4

nom et prénom LALUT PASCAL

(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) 0 1 1 6 1 1 6 0 1

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 d'Aussac Vadalle

n° téléphone :
e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : LALUT PASCAL

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : mercredi 14 octobre 2020
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 1 4 1 0 2 0 2 0 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 1 4 0 9 2 0 2 0 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 1 4 0 9 2 0 2 0

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien

(nom et prénom)
Dr MARTIN Jean-Bruno

identifiant 1 0 0 0 2 6 8 9 0 1 5

date 1 4 0 9 2 0 2 0 signature du praticien

14092020

PRN-PRE S3116g



n°10170*05
PRN-PRE

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.321-1-5ème al., L. 326-6, 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 1 6 2 0 9 1 6 0 1 5 0 5 0 0 4

nom et prénom LALUT PASCAL

(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) 0 1 1 6 1 1 6 0 1

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 Aussac Vadalle

n° téléphone :
e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : LALUT PASCAL

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : dimanche 15 novembre 2020
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 1 5 1 1 2 0 2 0 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 1 4 1 0 2 0 2 0 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 1 4 1 0 2 0 2 0

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien

(nom et prénom)
Dr MARTIN Jean-Bruno

identifiant 1 0 0 0 2 6 8 9 0 1 5

date 1 4 1 0 2 0 2 0 signature du praticien

14102020

PRN-PRE S3116g

A_2020_127

ARRETE DE MISE EN CONGES EN MALADIE ORDINAIRE A DEMI TRAITEMENT DE M. LALUT PASCAL

Le Maire d'Aussac-Vadalle,

- Vu le code général des collectivités territoriales ;
- Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale ;
- Vu la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 (notamment art. 115) ;
- Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987, relatif à l'organisation des comités médicaux aux conditions d'aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux ;
- Vu le certificat médical du 16 novembre 2020 (prolongation) d'arrêt de travail ;
- Considérant que pour la période des douze mois précédant cet arrêt de travail, M. LALUT Pascal a bénéficié de congé de maladie rémunérés à demi- traitement ;

ARRETE

ARTICLE 1 : M. LALUT Pascal est placé(e) en congé de maladie ordinaire à demi traitement du 16 novembre 2020 au 20 décembre 2020.

ARTICLE 2 : M.LALUT Pascal percevra la moitié du traitement afférent à l'indice brut 444, indice majoré 390, sur la base de 35 heures hebdomadaires pendant la période d'arrêt de travail.

ARTICLE 3 : La secrétaire de mairie est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié à l'intéressé(e).
- Ampliation du présent arrêté sera adressée à :
- Monsieur le Président du Centre de Gestion,
 - Monsieur le Comptable de la collectivité.

Fait à AUSSAC-VADALLE, le 17 novembre 2020,



Le Maire,
Gérard LIOT

Le Maire,
- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,
- informe que le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.
Notifié le 18/11/2020
Signature de l'agent :

N.B : l'agent perçoit son plein traitement pendant trois mois. Les congés de maladie sont comptés par référence aux 365 jours précédant chaque jour d'arrêt de travail mentionné sur le certificat médical.
Le Comité Médical doit être saisi lorsque la durée de la maladie a atteint six mois consécutifs.



n°10170*05
PRN-PRE

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

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

(art.L.162-4-1-1eral, L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ameal, L.326-6, 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 1 6 2 0 9 1 6 0 1 5 0 5 0 0 4

nom et prénom LALUT PASCAL
(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)* 0 1 1 6 1 1 6 0 1

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 d'Aussac Vadalle n° téléphone :

e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : LALUT PASCAL

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : dimanche 20 décembre 2020
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 2 0 1 2 2 0 2 0 } 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 1 6 1 1 2 0 2 0 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 1 6 1 1 2 0 2 0

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien

(nom et prénom)
Dr MARTIN Jean-Bruno

identifiant 1 0 0 0 2 6 8 9 0 1 5

date 1 6 1 1 2 0 2 0 signature du praticien

16112020

PRN-PRE S3116g