



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 : samedi 31 juillet 2021	} inclus
(à compléter obligatoirement)	
et	
- en chiffres 3 1 0 7 2 0 2 1	

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 3 0 0 6 2 0 2 1 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 3 0 0 6 2 0 2 1

• 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 3 0 0 6 2 0 2 1 signature du praticien

30062021

PRN-PRE S3116g