

(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 situationl'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui datenon **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'employeurnom, 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 31 octobre 2021
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 3 1 1 0 2 0 2 1

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 3 0 0 9 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 9 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 9 2 0 2 1 signature du praticien

30092021

PRN-PRE S3116g