

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.323-6, 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

162091601505004

nom et prénom

LACUT 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)

041644604

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  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'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone :  
e.mail :

adresse

## les renseignements médicaux

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

Pascal LACUT

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
**et**  
- en chiffres

78052622

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

178047077

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

178047077

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du

178047077

au

178047077

identification du praticien  
(nom et prénom)

DOCTEUR MARTIN JEAN-BRUNO

date

178047077

signature du praticien

=&gt; 161011440

PRN-PRE S3116h