

avis d'arrêt
de travail☐ initial☒ de prolongationvolet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou à
l'ASSEDIC

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

1630946015050 04

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))

LALUT

prénom

PASCAL

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

1011611601

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1)

code postal

ville

n° de 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 résidenceactivité salariée ☒profession indépendante ☐sans emploi ☐

date de cessation d'activité

précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui ☐

date

non ☒

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

n° téléphone :
e.mail :

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) :

30 Avril 72

inclus

sans rapport* ☒en rapport* ☐

avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui ☒

à partir du

72 03 20 22

non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐oui ☒

à partir du

72 03 20 22

(voir notice 5 bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale ☐

à partir du

(voir notice 6)

(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

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).

date

72 03 27

signature du praticien

identification du praticien (nom, prénom et n° ADEL et/ou n° RPPS)

DOCTEUR MARTIN JEAN-BRUNO

=> 16 1 01144 0

correspondance éventuelle destinée à l'employeur