

avis d'arrêt de travail

☐ initial ☒ de prolongation

volet 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 162031601505004

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) 011611601

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 résidence

activité 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) : mont et un janvier deux mille sept 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 01 01 2012 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 01 01 2012 (voir notice 5 bis) voir notice

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 30/12/2011

signature du praticien Dr Mathieu Nicolas

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

Docteur H. KONCEWICZ
Médecin remplaçant

=> **16 1 30005 8**

correspondance éventuelle destinée à l'employeur