

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

162 0316015050 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)

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) : Mardi 1er juillet deux mil neuf cent quatre-vingt-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 01/01/2011 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 01/01/2011 (voir notice ⑤bis)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 salari(e).

date

30/06/2011 (+/- 1 mois)

signature du praticien

du 01/07/2011

Docteur H. KONCEWICZ
Médecin remplaçant

correspondance éventuelle destinée à l'employeur

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

DOCTEUR MATHIEUX NICOLAS

> 16 1 30005 8