

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

1620916015050 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'arrête 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) :

31 Mars 2022

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 780877 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 180118 (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).

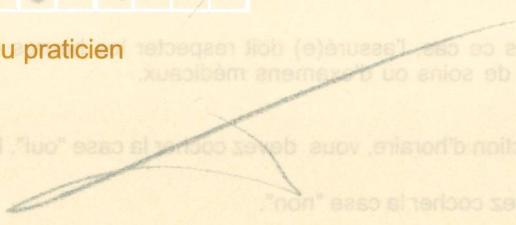
date

11078087

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

DOCTEUR MARTIN JEAN-BRUNO

signature du praticien



>> 161011440

correspondance éventuelle destinée à l'employeur