

avis d'arrêt
de travail initial de prolongation (*)volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI

(art. L1624-1-1er al, L1624-4, L3152, L321-1-5ème al, L. 326-6, L. 376-1, L. 613-20, 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 2 9 0 0 8 1 6 1 6 6 0 5 1 4 9

nom et prénom PONTHOREAU PAULINE

(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 Vital)

0 1 1 6 1 1 6 0 1

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 31 rue du docteur fernand lamaze

code postal 1 6 8 0 0 ville SOYAUX

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

date

non

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 MAIRIE AUSSAC-VADALLE n° téléphone : 05.45.20.61.60
e-mail : MAIRIE @AUSSAC-VADALLE.FR
adresse 61 RUE DE LA REPUBLIQUE 16 560 AUSSAC-VADALLE

les renseignements médicaux

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : cinq avril deux mille vingt deux
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 0 5 0 4 2 0 2 2 inclussans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse
* une des deux cases doit être obligatoirement cochéesorties autorisées: oui à partir du 0 4 0 4 2 0 2 2 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

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien
(nom et prénom)

LOUIS-ADRIEN DELARUE

identifiant 1 0 1 0 0 2 6 8 5 1 4

date 1 0 4 0 4 2 0 2 2 signature du praticien

D'DELARUE Louis-Adrien
DOCTEUR EN MED
DOCTEUR EN MED
DOCTEUR EN MED

PRN-PRE S3116g

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).