



n°10170\*05  
PRN-PRE

# avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation (\*)

volet 3, à adresser  
à votre  
**EMPLOYEUR**  
ou au  
**POLE EMPLOI**

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.326-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, 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 PONTTHOREAU 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 l'inal) 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) : PONTTHOREAU 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

inclus

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties 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 0 4 0 4 2 0 2 2 signature du praticien

D'ELARUE LOUIS-Adrien  
ET UNE CAS-ÉPOUR  
ET UNE CAS-ÉPOUR  
ET UNE CAS-ÉPOUR

PRN-PRE S3116g