

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.162-44, L.315-2, L.321-1-5ème al, L.323-6, 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 6 9 1 0 1 6 0 1 5 1 4 7 1 5

nom et prénom RENAUD Christelle

(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 Vitale)

0 1 1 6 1 1 6 0 1

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 562 route de champ Coiseau

code postal 1 6 5 6 0 ville COULGENS

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 datenon

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 salariée(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone :
e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : RENAUD Christelle

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres : vingt juin deux mille vingt-et-un
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 2 0 0 6 2 0 2 1 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

(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)

PLOQUIN

identifiant 1 0 0 0 2 7 3 0 7 5 1

date 2 0 0 5 2 0 2 1 signature du praticien

PRN-PRE S3116g