

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

2691016015147 15

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))

RENAUD

prénom

CHRISTELLE

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) route de chanteclerc

code postal 16560

ville Coulogne

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

MAIRIE D'AUSSAC-VADALLE

adresse

rue de la République 16560 AUSSAC-VADALLE

n° téléphone : 05 45 20 61 60
e-mail :

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) : huit octobre 2021.

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

(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 suffisamment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du 10092021 (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 10 09 2021

signature du praticien

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

DOCTEUR PLOQUIN ISABELLE

=> 161020631

correspondance éventuelle destinée à l'employeur