

**avis d'arrêt
de travail** initial de prolongation (*)

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

(art L.162-4-1-1eral, L.162-44, L.3152, 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

269101601516715

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)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (I) :

code postal 16560 ville coulgens

n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(I) *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 salarié(e).**

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale MAIRIE

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

adresse rue de la république 16560 Aussac-Vadalle

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 : Du 07 octobre Novembre 2021.
 (à compléter obligatoirement)
 et
 - en chiffres 10/11/2021

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 dunon

(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 08/10/2021

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du

au

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR PLOQUIN ISABELLE

date 08/10/2021 signature du praticien

> 16 1 02063 1

PRN-PRE S3116h