

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, 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

269101601514715

nom et prénom

RENAUD christophe

(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) (1) :

code postal

16560

ville

coulgens

n° téléphone :

06 99 80 59 24

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 D'AUSSAC-VADALLE

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 christophe

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :

(à compléter obligatoirement)

et

- en chiffres

Dix décembre 2021

10/12/2021

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 du

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

12/11/2021

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du

au

identification du praticien

(nom et prénom)

DOCTEUR PLOQUIN ISABELLE

date

12/12/2021

signature du praticien

=> 16 1 02063 1

PRN-PRE S3116h