

(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. 613-2, 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 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) (1) :

code postal

ville

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

n° téléphone :

e.mail :

05 45 20 61 60

adresse

61 rue de la République 16560 AUSSAC VADACE

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 : trente-et-un mai 2022 -
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 31 05 20 22

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

10 05 20 22

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du

au

identification du praticien

(nom et prénom)

DOCTEUR PLOQUIN ISABELLE

date 02 05 20 22

signature du praticien

=> 16 1 02063 1

PRN-PRE S3116h