

avis d'arrêt  
de travail initial  de prolongation (\*)volet 3, à adresser  
à votre  
EMPLOYEUR  
ou au  
POLE EMPLOI

(art L162-4-1-1er al, L162-4-4, L315-2, L321-1-5ème 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

2691016015 147US

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

HAIRIE

n° téléphone : 05.45.20.61.60  
e.mail :

adresse 61 rue de la république 16560 AUSSAC-VADALLE

## les renseignements médicaux

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

RENAUD Christelle  
 - en toutes lettres : trente Septembre 2022  
 (à compléter obligatoirement)  
 et  
 - en chiffres : 30092022

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 102092022

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du [ ] au [ ]

identification du praticien  
(nom et prénom)

DOCTEUR PLOQUIN ISABELLE

date

signature du praticien

&gt; 16 1 02063 1

PRN-PRE S3116 h

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).