

avis d'arrêt de travail

☐ initial ☒ de prolongation (*)

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

(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.613-19, 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 26910161015 14+15

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

adresse 61 rue de la République 16560 AUSSAC - VADALCE 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 : trente septembre 2022
 et
 - en chiffres 13/09/2022
 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 10/09/2022

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR PLOQUIN ISABELLE

date 10/09/2022 signature du praticien

=> 16 1 02063 1

PRN-PRE S3116h