

avis d'arrêt
de travail initial de prolongation (*)volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI(art L1624-1-1er al, L16244, L3152, 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

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) (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 AUSSAC VADALLE n° téléphone : 05 65 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 : dix huit février 2022
 (à compléter obligatoirement)
 et
 - en chiffres 18.02.2022

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 14.01.2022• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR PLOQUIN ISABELLE

date 14.01.2022

signature du praticien



=> 16 1 02063 1

PRN-PRE S3116 h