

n°10170*04

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

269 10 16015147 15

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))

RENAUD

prénom

CHRISTELLE

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° de 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 ☒profession indépendante ☐sans emploi ☐

date de cessation d'activité

précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui ☐

date

non ☒

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

MAIRIE D'AUSSAC-VADALLE

adresse

61 rue de la République 16560 AUSSAC-VADALLE

n° téléphone : 05 45 20 61 60

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) :

vingt-cinq mars.

inclus

sans rapport* ☒en rapport* ☐

avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui ☐ à partir dunon ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐oui ☒

à partir du

18 02 2022

(voir notice 5 bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale ☐

à partir du

(voir notice 6)

(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

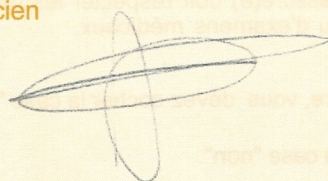
MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR :

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).

date

18 02 2022

signature du praticien



identification du praticien (nom, prénom et n° ADELI et/ou n° RPPS)

DOCTEUR PLOQUIN ISABELLE

=> 16 1 02063 1

correspondance éventuelle destinée à l'employeur