

avis d'arrêt de travail



initial



de prolongation

volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou à
L'ASSEDIC

art. L 162-4-1-1er al., L 162-4-4, L 315-2, L 321-1-5, L 323-6, R 321-2, 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

271076007896

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

DEMAIER

prénom

ANNICK

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

adresse où le malade peut être visité (1)

code postal

16730

ville

ST ANGEAU

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

NANCY d'ANCIEN UNIVER

adresse

26 560

n° téléphone

e-mail

les renseignements médicaux

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres)

DEMAIER ANNICK
arrêt de travail jusqu'au 27/11/2007

sans rapport

en rapport

avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 1)

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées

de

27 heures à

27 heures à

à partir du

27/11/2007

reprise à temps partiel pour raison médicale

à partir du

(voir notice 6)

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR :

A 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

27/11/2007

signature du praticien

th

correspondance éventuelle destinée à l'employeur

avis d'arrêt de travail



initial



de prolongation

volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou à
l'ASSEDIC

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

l'assuré(e)

no d'immatriculation **27207260101786**
N (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se)) **NEAVER**
prénom **MILK**
code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale) **0000**
adresse où le malade peut être visité (1) **Immeuble de la Croix**
code postal **670** ville **STRASBOURG** n° de téléphone **03 88 11 11 11**
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'AUSCHER**
adresse **26 560** n° téléphone :
e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) **NEAVER**
et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) **12/12/2007** 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 de **11** heures à **11** heures à partir du **12/12/2007**
(3 heures consécutives par jour - voir notice 5)

reprise à temps partiel pour raison médicale à partir du (voir notice 6)

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR :

A 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 **12/12/2007**
signature du praticien

correspondance éventuelle destinée à l'employeur

avis d'arrêt de travail

0*03



initial



de prolongation

volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou à
L'ASSEDIC

art. L 162-4-1-1er al., L 162-4-4, L 315-2, L 321-1-5, L 323-6, R 321-2, 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 : **20760100786**
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se)) : **DEAN EN**
prénom : **ANNICK**
code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale) :
adresse où le malade peut être visité (1) :
code postal : **67500** ville : **ST AVEN** 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 ☐ non ☐ date :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : **ANNE NSEUR**
adresse : **67500** n° téléphone :
e-mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : **DEAN EN ANNICK**
et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : **2007 2008** inclus
sans rapport ☒ en rapport ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 1)
* une des deux cases doit être obligatoirement cochée
sorties autorisées de **21** heures à **21** heures à partir du **22.03.2008**
(3 heures consécutives par jour - voir notice 5)
reprise à temps partiel pour raison médicale à partir du (voir notice 6)
(art. L 323-3 du Code de la sécurité sociale)

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR :

A 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 : **22.03.2008**
signature du praticien :



correspondance éventuelle destinée à l'employeur



n°10170*03

avis d'arrêt
de travail☐ initial☒ de prolongationvolet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou à
l'ASSEDIC

(art. L 162-4-1-1er al., L 162-4-4, L 315-2, L 321-1-5, L 323-6, R 321-2, 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

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

prénom

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

adresse où le malade peut être visité (1)

code postal 26250 ville STANISLAU 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

adresse

n° téléphone :
e.mail :

les renseignements médicaux

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres)

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

de heures à heures à partir du

(3 heures consécutives par jour - voir notice 5)

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 :

A 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

signature du praticien

correspondance éventuelle destinée à l'employeur

avis d'arrêt
de travail☐ initial ☒ de prolongationvolet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou à
l'ASSEDIC

(art. L 162-4-1-1er al., L 162-4-4, L 315-2, L 321-1-5, L 323-6, R 321-2, 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

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

prénom

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

adresse où le malade peut être visité (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

adresse

n° téléphone :

e.mail :

les renseignements médicaux

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) :

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

de

heures à

heures à

à partir du

(3 heures consécutives par jour - voir notice 5)

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 :

A 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

signature du praticien

correspondance éventuelle destinée à l'employeur

0*03

avis d'arrêt de travail

☐ initial

☒ de prolongation

volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou à
l'ASSEDIC

(art. L 162-4-1-1er al., L 162-4-4, L 315-2, L 321-1-5, L 323-6, R 321-2, 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

2710460101786

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

NEA YBR

prénom

ANNIK

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

adresse où le malade peut être visité (1)

unpau de la OR1 (voir

code postal

26250

ville

STAVICOM

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

NARATE ASSURANCE

adresse

26560

n° téléphone :

e.mail :

les renseignements médicaux

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

NEA YBR ANNICK

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) :

le 26/03/2008 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 ☒

de 15 heures à 18 heures à partir du

(3 heures consécutives par jour - voir notice 5)

31/03/2008

reprise à temps partiel pour raison médicale

à partir du

(voir notice 6)

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

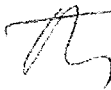
MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR :

A 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

31/03/2008

signature du praticien



correspondance éventuelle destinée à l'employeur



n°10170*03

avis d'arrêt
de travail

initial



de prolongation

volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou à
l'ASSEDIC

(art. L 162-4-1-1er al., L 162-4-4, L 315-2, L 321-1-5, L 323-6, R 321-2, 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

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

prénom

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

adresse où le malade peut être visité (1)

code postal ville n° de téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : n°3

(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

adresse

n° téléphone :

e.mail :

les renseignements médicaux

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) :

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

de heures à heures à partir du

(3 heures consécutives par jour - voir notice 5)

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 :

A 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

signature du praticien

correspondance éventuelle destinée à l'employeur