



170\*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

2710116001017486

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

DENAYER

prénom

ANNICK

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

adresse où le malade peut être visité (1)

code postal

ville

n° de téléphone

bâtiment : 16730

étage : ST ANGEAU

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

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

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

Danse d'ASNEA DENAYER

adresse

16560

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 ... 24 heures à ... heures à partir du  
(3 heures consécutives par jour - voir notice ⑤)reprise à temps partiel pour raison médicale  à partir du  
(art. L 323-3 du Code sécurité sociale) (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 salari(e)

date

27/11/00

signature du praticien

T.S.

## 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)

numero d'immatriculation

270776017786

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

LETTRE YAN

prénom

MILK

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

adresse où le malade peut être visité (1)

code postal 76700 ville STRASBOURG

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 NAME d' AUBENAS MARC

adresse 16160

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 ..... 21 heures à ..... 21 heures à partir du 10/12/2007

(3 heures consécutives par jour - voir notice ⑤)

reprise à temps partiel pour raison médicale à partir du 10/12/2007  
(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 10/12/2007

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

7604260101 + 86

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

MÉTA YEN

prénom

ANNICK

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

adresse où le malade peut être visité (1)

code postal 26150 ville FRANCON

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 ANNICK ASSOCIATION

adresse 26150

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) ANNICK MARS 100 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 23012008  
(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 23012008

signature du praticien

A

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

7710726001786

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

ELBA YER

prénom

ANNEICK

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

INSTITUT DE LA SANTE DES CAISSES

adresse où le malade peut être visité (1)

code postal 76130 ville STAVANEREN 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

TIMME de ASSOCIATION

adresse

16, 500

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 ③)

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées  de ..... heures à ..... heures à partir du

(3 heures consécutives par jour - voir notice ④)

26032008

reprise à temps partiel pour raison médicale

à partir du

(voir notice ⑤)

(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 salariée(e)

date

26/03/2008

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

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 16250 ville STAVRON. 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 ①)

\* 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)

31/03/2008

reprise à temps partiel pour raison médicale  
(art. L 323-3 du Code sécurité sociale)

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 salariée(e)

date

31/03/2008

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

77107060000786

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

NETTIER.

prénom

ANNICK

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

adresse où le malade peut être visité (1)

bureau g d chou

code postal 76130

ville

STRASBOURG

n° de téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : (n°3) 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 du 02 au 06 Mai)

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

Secrétaire d'aire

adresse

ASMEI MONTAUBAN

n° téléphone : 26 18 00  
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) :

NETTIER ANNICK  
Centr et un Mai inclus 1008sans 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  
(art. L 323-3 du Code sécurité sociale) (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 salariée(e)

date

30061008

signature du praticien

correspondance éventuelle destinée à l'employeur