

avis d'arrêt  
de travail

initial



de prolongation (\*)

volet 2, à adresser  
au service médical  
(qui le remettra  
aux services administratifs)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

(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.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) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 279030810516416

nom et prénom EROGAN SABRINA

(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): 16 me de Puente

code postal 16560 ville AUBAC - AUBAC

n° téléphone : 0649812049

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 (voir notice 1)l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui ☐ date : non ☐l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui ☐ non ☐l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui ☐ non ☐

(\*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant ☐médecin spécialiste consulté ☐à l'occasion d'une hospitalisation ☐autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale MAIRIE

n° téléphone : 0545206160

e.mail : mairie@aubac-aubac.fr

adresse 61 me de B Republique 16560 AUBAC - AUBAC

## les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffresdix mai 2020  
10052020

inclus

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

\* sur chaque ligne, 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. Voir notice 3)

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

non ☐ oui ☐ à partir du : (voir notice 4)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du : au :

(voir notice 5)(.)

sans rapport\*\* ☐ en rapport\*\* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)

\*\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien  
(nom et prénom)

DOCTEUR GLAVIER MARION

01 MEDECINE GENERALE

date 20042020

CONVENTIONNE

signature du praticien

identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

14 BOULEVARD GAMBETTA

16230 MANSLE

Tél 0545222323

=&gt; 16160057200120101 n°AM

PRN-PRE S3116h