

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, 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

155 0121 054017 14

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

PARENT

prénom

FRANÇOIS

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)

5 GRANDE RUE

code postal

21630

ville

POMMARD

n° de téléphone :

03 80226185

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

DOMAINE AFGROS

adresse

5 GRANDE RUE - 21630 POMMARD

n° téléphone :

03 80226185

e.mail :

af-gros@wanadoo.fr

## les renseignements médicaux

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

FRANÇOIS FRANÇOIS

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

tout un week-end suivant

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 du

21/06/2015

non 

(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

(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

21/06/2015

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

signature du praticien

correspondance éventuelle destinée à l'employeur