

(art. L. 162-4-1, L. 162-4-1, 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)

numéro d'immatriculation 286042183183150

nom et prénom PETITPERRIN Cécile
(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) 43119290

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1)

code postal ville n° 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 fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole sans emploi date de cessation d'activité précisez votre situationl'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui date non

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).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale Domaine AF GROS

n° téléphone : 03 80 22 6155
e.mail :

adresse 6 Grande rue 21630 POMHARD

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : M^{me} PETITPERRIN Cécile

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 28/06/2015

inclus

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui à partir du 19/01/2015 non

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

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

non oui à partir du

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien

(nom et prénom)

Docteur PRAUDEL Thierry

date 19/01/2015 signature du praticien => 21 1 02507 7

PRN-PRE S3116g