

# avis d'arrêt de travail

initial  de prolongation (\*)

volet 3, à adresser  
à votre  
**EMPLOYEUR**  
ou au  
**POLE EMPLOI**

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-44, 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 15812R105443513

nom et prénom MONGIN Pascal

(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) 0221501000

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1): 9, Rue du Cœur Lachet

code postal 21170 ville MAGNY-LES-VILLERS n° téléphone : 03-80-62-93-76

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

l'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 GROS - AF n° téléphone : 03-80-29-61-85  
e.mail :

adresse 5, GRANDE RUE 21630 POMMARD

## les renseignements médicaux

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au  - en toutes lettres :  (à compléter obligatoirement)  inclus  
- en chiffres  et

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  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 07/04/2011 signature du praticien

=> 21 1 02507 7

PRN-PRE S3116g