



n°10170\*05  
PRN-PRE

# 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.3152, L.321-1-5ème al., L.326-6, 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 2 5 7 0 1 2 1 2 3 1 3 1 0 8 3

nom et prénom GROS ANNE-FRANCOISE MONIQ  
*(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)* 0 2 2 1 5 0 0 0 0

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 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 n° téléphone :

e.mail :

adresse

## les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : GROS ANNE-FRANCOISE MONIQ

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 

- en toutes lettres : mercredi 31 mai 2017
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 3 1 0 5 2 0 1 7

 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 0 2 0 3 2 0 1 7 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 0 2 0 3 2 0 1 7

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien  
(nom et prénom)  
PINGOT ERIC

identifiant 1000 2149776

date 0 2 0 3 2 0 1 7 signature du praticien

**Docteur Eric PINGOT**  
21 1 02910 3  
17, Rue Notre Dame  
21630 POMMARD  
Tél. 03 80 24 19 37

Transmis le 02/03/2017

PRN-PRE S3116g