

# certificat d'arrêt de travail

## accident du travail maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)

- initial  de prolongation
- final  de rechute

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

### l'assuré(e)

régime : général  agricole  autre  lequel ? :

numéro d'immatriculation

nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) :

prénom :

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

ville :

n° téléphone :

batiment :

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

s'agit-il d'un accident du travail ?

d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle

12/10/2017

(voir notice 1)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui

non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

### l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

Donnam AF 200 - Donnam Philippe

adresse :

n° téléphone :

courriel :

### l'arrêt de travail

- arrêt de travail  jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres :

12/10/2017  
13/11/2017

inclus

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 2)

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

non

oui  à partir du

12/10/2017

(voir notice 3)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale  du

au

(art. L. 433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice 4)

- reprise de travail à temps complet le

(voir notice 5)

**CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE  
OU AU POLE EMPLOI SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE**

identification du praticien  
(nom et prénom)

Docteur PINGOT Eric

date 12/10/2017

signature du praticien

=> 21 1 02910 3

CM-PRE S6909e