

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.162-4-4, 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 198032126606956

nom et prénom CHEVAUCHEX clement
(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)*

adresse où le malade peut être visité *(si différente de votre adresse habituelle) (1)* : 14 route de senne

code postal 21200 ville BEAUNE n° téléphone : 0647378407

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 SAS François PARENT n° téléphone : _____
e.mail : _____

adresse 3 Place de l'Europe, 21610, Remond

les renseignements médicaux

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____
 - en toutes lettres : sept mars deux mille vingt inclus
 (à compléter obligatoirement)
 et
 - en chiffres 07/03/2020

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 BARAT Florie

date 05/03/2020 signature du praticien => 21 1 04931 7

PRN-PRE S3116h