

(art. L162-4-1-1er al., L162-4-4, L315-2, L321-1-5ème al., L323-6, L376-1, L613-20, 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 1910135170239133

nom et prénom PUGEAUT MAXIME
(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) 022150000

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 DATIENE AF GROS n° téléphone : 03 80 22 07 85

adresse 1 Place de l'Europe 21030 Pommard e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : PUGEAUT Maxime

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et - en chiffres	09 février 2021 09 02 2021	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 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 03 09 2021

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR CATINEAU NATHALIE

date 03/09/2021 signature du praticien

=> 21 1 03829 4

PRN-PRE S3116h