

(art. L.162-4-1-ter 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 2680628280045 73

nom et prénom BELIN LE DUC Geraldine
(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) :*

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 DOMAINE AF 6255 n° téléphone : 05 20 22 61 85
adresse 1 Place de l'Europe - 21630 POMHARIE e.mail : comteil @ asj-gou.com

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : BELIN LE DUC Geraldine

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au *dix octobre deux mille vingt et un* inclus
(à compléter obligatoirement)
- en toutes lettres : *dix octobre deux mille vingt et un*
- en chiffres : *10 10 20 21*

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 07 10 20 21 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)

Gygonaire Claire (interne)

date 07 10 20 21 signature du praticien

Gygonaire

Pôle Coeur-Poumons-Veisseaux
RYTHMOLOGIE Insuffisance Cardiaque
Professeur Gabriel LAURENT
CHU Dijon-Bourgogne
14 Rue Paul Gaffarel - BP 77908
21079 DIJON Cedex

PRN-PRE S3116h