

(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 **268 06 28280 045 73**

nom et prénom **BELIN Géraldine**
(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)* **Dijon 6163**

adresse où le malade peut être visité *(si différente de votre adresse habituelle) (1) :* **Résidence du lac 6 rue Jean Long**

code postal **21200** ville **Beaune** n° téléphone : **06.03.53.20.31**

bâtiment : **D** escalier : **2** étage : **2** appartement : **1** 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 Domaine AI 620** n° téléphone : **03 80 22 61 61**

adresse **Ayde de l'Europe - 21630 Pommard** e.mail : **contact@domaineai.com**

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : **BELIN LEAUC Géraldine**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au **07.09.2024** inclus

(à compléter obligatoirement)

- en toutes lettres : **sept septembre deux mille vingt quatre**
- en chiffres : **07.09.2024**

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 **07.09.2024** 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
Docteur Guillaume CARTIGNY
(nom et prénom)
Praticien Hospitalier
Cardiologie et maladies vasculaires
Hospices Civils de Beaune
N° RPPS 10100813491

identifiant

date **07.09.2024** signature du praticien 