

(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 28 280 045 / 3**

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 Cte d'**

adresse où le malade peut être visité *(si différente de votre adresse habituelle) (1):* **Résidence du loc. 6 rue Havel...**

code postal **21200** ville **Beaune** n° téléphone : **06 09 63 20 31**

bâtiment : **1** escalier : **2** étage : **2** appartement : **2** 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 AIGLE** n° téléphone : **03 80 22 6**

adresse **1 place de l'Europe - 21630 Parand** e.mail : **contact@domaine...**

### les renseignements médicaux

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au **07 09 2024** *(à compléter obligatoirement)* inclus

*(- en toutes lettres : Sept septembre deux mille vingt-quatre  
- en chiffres)*

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 **02 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 \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

• 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 **02 09 2024** signature du praticien 