

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4, 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 / 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 Cled**

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

code postal **21200** ville **Beaune** n° téléphone : **06 09 53 20 31**

bâtiment : **1** 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 AIGLE** n° téléphone : **03 80 22 60 60**

adresse **1 place de l'Europe - 21630 Paroy-lez-Beaune** e.mail : **contact@domaine-aigle.com**

### 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** 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 **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 \_\_\_\_\_

• 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 