



n° 10170*07
PRN-BIS

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation 268 0628 280 045 73

nom et prénom BELIN-LEDC Géraldine
(nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

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

salarié(e) fonctionnaire profession indépendante non salarié(e) agricole élu(e) local(e)

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emploi date de cessation d'activité :
précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui date : non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui non

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant à l'occasion d'une hospitalisation
autre cas précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale SA Domaine AF GRAS n° téléphone 03 80 22 61 85
e.mail : contact@af-gras.com

adresse 1 place de l'Europe - 21630 Pommard

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : BELIN-LEDC Géraldine

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 10 septembre 2024 inclus
(à compléter obligatoirement)
- en toutes lettres : 10 septembre deux mille vingt quatre
- en chiffres : 10/09/2024

sans rapport* en rapport* avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

sans rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

sans rapport* en rapport* avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès :
(voir notice 3)

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochées

sorties autorisées : oui à partir du non (voir notice 4)

sorties sans restriction : non oui à partir du (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : oui à partir du non (voir notice 6)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au
(voir notice 7)

sans rapport** en rapport** avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport** en rapport** avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochées

éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Codification du motif médical ou éléments en toutes lettres :

identification du praticien
(nom et prénom)

Alger OAH

date 3.11.2024 signature du praticien

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

Pole Cœur-Poumons-Vaisseaux
CARDIOLOGIE
Professeur Gabriel LAURENT
CHU Dijon-Bourgogne
14 Rue Paul Gaffarel - BP 77908
21079 DIJON Cedex