



n° 10170\*08

PRN-TER

# 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. au **Volet le Médecin-Conseil**

## Assuré(e)

numéro d'immatriculation 23110 99139 618 71

nom et prénom LUIS LEITE TANA CRISTINA

adresse où le malade peut être visité 2 rue Pierre Corillon

code postal 41350 ville ST LOUP GEORGES n° téléphone

bâtiment : \_\_\_\_\_ escalier : \_\_\_\_\_ étage : \_\_\_\_\_ appartement : \_\_\_\_\_ code d'accès de la résidence : \_\_\_\_\_

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si votre état de santé est lié à votre digestion ou à votre vision

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

artiste-auteur(e) affilié(e) SSAA  sans emploi  date de cessation d'activité : \_\_\_\_\_

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

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

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

(\*) 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 correspondant à la demande du médecin traitant  à l'occasion d'une hospitalisation

autre cas  précisez et indiquez le motif : \_\_\_\_\_

## Employeur

nom, prénom ou dénomination sociale SIS DOMINIE AF GROS n° téléphone 0380 22 61 85

adresse 5 Grande Rue 21050 Beaune email : contact@af-gros.com

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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : TANA LUIS LEITE

en téléconsultation

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au quatre juillet 2025

- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et

- en chiffres 04 07 2025 mois

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

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

en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle

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

Date AT/MP : \_\_\_\_\_ Date du décès : \_\_\_\_\_

sorties autorisées :  oui  à partir du 30 06 2025 (voir notice 4)

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

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

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

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

en rapport avec : un accident de travail, maladie professionnelle  Date AT/MP : \_\_\_\_\_

## éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Qualification du praticien

OU éléments en toutes lettres :

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



12 R DE LA CHARTREUSE  
CABINET MEDICAL  
21200 BEAUNE

=> 21 1 04116 5 00 1 20 1 01 n°AM

# Avis d'arrêt de travail

initial  de prolongation (\*)

volet 3, à adresser à votre EMPLOYEUR ou au POLE EMPLOI

Art. L. 321-1, L. 321-2, L. 321-3, L. 321-4, L. 321-5, L. 321-6, L. 321-7, L. 321-8, L. 321-9, L. 321-10, L. 321-11, L. 321-12, L. 321-13, L. 321-14, L. 321-15, L. 321-16, L. 321-17, L. 321-18, L. 321-19, L. 321-20, L. 321-21, L. 321-22, L. 321-23, L. 321-24, L. 321-25, L. 321-26, L. 321-27, L. 321-28, L. 321-29, L. 321-30, L. 321-31, L. 321-32, L. 321-33, L. 321-34, L. 321-35, L. 321-36, L. 321-37, L. 321-38, L. 321-39, L. 321-40, L. 321-41, L. 321-42, L. 321-43, L. 321-44, L. 321-45, L. 321-46, L. 321-47, L. 321-48, L. 321-49, L. 321-50, L. 321-51, L. 321-52, L. 321-53, L. 321-54, L. 321-55, L. 321-56, L. 321-57, L. 321-58, L. 321-59, L. 321-60, L. 321-61, L. 321-62, L. 321-63, L. 321-64, L. 321-65, L. 321-66, L. 321-67, L. 321-68, L. 321-69, L. 321-70, L. 321-71, L. 321-72, L. 321-73, L. 321-74, L. 321-75, L. 321-76, L. 321-77, L. 321-78, L. 321-79, L. 321-80, L. 321-81, L. 321-82, L. 321-83, L. 321-84, L. 321-85, L. 321-86, L. 321-87, L. 321-88, L. 321-89, L. 321-90, L. 321-91, L. 321-92, L. 321-93, L. 321-94, L. 321-95, L. 321-96, L. 321-97, L. 321-98, L. 321-99, L. 321-100

## l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 1291109913961871

nom et prénom LUIS LEITE Tama CRISHNA  
(nom de famille - de naissance - sans le y, du lieu, du nom d'usage)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 2 rue Pierre Carillon

code postal 41350 ville ST LOUP GEORGES 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) SSAA  sans emploi  date de cessation d'activité : \_\_\_\_\_  
précisez votre situation (voir notice 2)

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

## 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 du déclarateur social Dr DOMINIQUE AT GROS n° téléphone 0380 22 61 55

adresse 5 Grande Rue 41350 Bournaud email : contact@af-gros.com

les renseignements médicaux \_\_\_\_\_

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) DR LUIS LEITE

- et prescrit un arrêt de travail jusqu'au quatre juillet 2015  
(en toutes lettres - à compléter obligatoirement) et (en chiffres) 04072015
- en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 3)
- en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle  Date AT/MP : \_\_\_\_\_
- sorties autorisées : oui  à partir du 30/06/2015 (voir notice 4)
- sorties sans restriction : oui  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice 5)
- activité(s) autorisée(s) : ..... oui  à partir du \_\_\_\_\_ (voir notice 6)
- et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (voir notice 7)
- en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle  Date AT/MP : \_\_\_\_\_

### identification du praticien

(nom et prénom) DOCTEUR MAURE PENAUD

signature du praticien [Signature] => 21 1 04116 5