

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-44, L.315-2, L.321-1, L.323-6, L.376-1, L.433-1, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 257 01 21 23 13 10 83

nom et prénom PARENT GROS
(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) SSAA 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 : _____

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 DOMAINE AT GROS n° téléphone 0380226185

adresse 5 Grande rue 21630 DOMMARD e.mail : contact@paf-gros.com

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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Carole PARENT

- et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 05/09/2026 *(à compléter obligatoirement)* et inclus

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

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

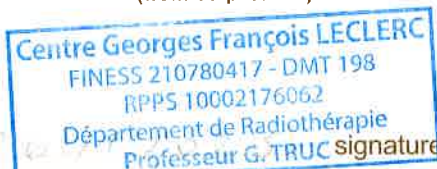
sorties autorisées : oui à partir du 06/11/2025 *(voir notice 4)*

sorties sans restriction : oui à partir du 06/11/2025 *(voir notice 5)*

activité(s) autorisée(s) : _____ oui à partir du 06/11/2025 *(voir notice 6)*

- et prescrit un arrêt 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)



date 02/09/2025

signature du praticien

=> 21 0 98773 1

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).