



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. ou Mme le Médecin-Conseil  
(art. L.162-4-1, L.162-4-4, L.315-2, L.321-1, L.323-6, L.376-1, L.433-1, R.321-2, R.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 : \_\_\_\_\_

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 :

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale DOMAINE AFGROS

adresse 5 Grande rue 21630 BONHARD

n° téléphone 0380226185

e.mail : contact@af-gros.com

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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Gros Parent

en téléconsultation

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au \_\_\_\_\_  
(à compléter obligatoirement) et cinq janvier deux mille vingt six  
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et - en chiffres 05012026 inclus

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)

sorties autorisées : oui  à partir du 26/11/2025 (voir notice 4)

sorties sans restriction : oui  à partir du 26/11/2025 (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : \_\_\_\_\_ oui  à partir du 26/11/2025 (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)

Codification du motif médical \_\_\_\_\_

OU éléments en toutes lettres : Cancel

identification du praticien  
(nom et prénom)

**Centre Georges François LECLERC**  
FINES 210780417 - DMT 198  
RPPS 10002176062  
Département de Radiothérapie  
Professeur G. TRUC

date 26/11/2025 signature du praticien \_\_\_\_\_

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

**CLCC GEORGES FRANCOIS LECLERC**  
1 RUE PROFESSEUR MARION  
BP 77980  
21079 DIJON CEDEX

=> 21 0 98773 1 n°AM

