



n° 10170\*07  
PRN-BIS

# Avis d'arrêt de travail

initial  de prolongation (\*)

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

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.162-4-1-1er al., L.162-4-4, 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, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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)** (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 268062828004573

nom et prénom Belin Leche Geraldine  
(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

## MESSAGE À 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 AFGROS n° téléphone 02 20 22 61 85  
adresse 12 rue Pierre Japroux - 21200 Beaune 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) : LEDOUBLET GUY

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au \_\_\_\_\_  
(à compléter obligatoirement)  
- en toutes lettres : 51 X JANVIER 2018  
- en chiffres : 06/01/2018 inclus

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 : \_\_\_\_\_

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

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 de \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(voir notice 7)

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

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

identification du praticien  
(nom et prénom)

DOCTEUR MOREL BAPTISTE

Dr Cécile CHAEFER  
DUMI Bourgogne  
DIPLOME  
RPPS 16002175890  
BP 77908  
21079 DIJON CEDEX

date 09/12/2017 signature du praticien \_\_\_\_\_ => 21 1 01245 5

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)

PRN-BIS S 3116i