

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

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

(art L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5-1er al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, 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)

numéro d'immatriculation 198032116606A 56

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

code de l'organisme de rattachement *(voir votre attestation papier Vitale)*

adresse où le malade peut être visité *(si différente de votre adresse habituelle) (1) :*

code postal 21200 ville Beaune n° téléphone : 0647123402

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

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole

sans emploi date de cessation d'activité _____ précisez votre situation _____

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui date _____ non

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 SAS François Parent n° téléphone : _____
e.mail : _____

adresse 1 Place de l'Europe, 21630, Remond

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : CHEVAUCHEY Etienne

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au jeudi 17/08/2010 13h00 inclus
(à compléter obligatoirement)
- en toutes lettres : _____
- en chiffres : _____

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui à partir du 21/08/2010 non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du _____

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du _____ au _____

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR ETIENNE THOMAS

date 18/08/2010 signature du praticien

Docteur Thomas ETIENNE
SOS Beaune
03 21 10 15 01 1

=> 21 1 01501 1

PRN-PRE S3116h