



# 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.162-4-1-1eral, L.162-4-4, 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 **29110 99139 618 71**

nom et prénom **Luis LEITE Tania CRISTINA**  
*(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) :* **2 rue Pierre Carillon**

code postal **71350** 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 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 **SAS DOMAINE AF GROS** n° téléphone **0380 22 61 85**

adresse **5 Grande Rue 21630 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) : **TANIA WIS LEITE**

en téléconsultation

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au **quatre juillet 2025**  
 - en toutes lettres : *(à compléter obligatoirement)*  
 et **04 07 2025** inclus  
 - en chiffres

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  Date AT/MP : \_\_\_\_\_

en rapport avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge *(voir notice 8)*  Date du décès : \_\_\_\_\_

sorties autorisées :  oui à partir du **30062025** *(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)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres :

identification du praticien  
*(nom et prénom)*

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

**DOCTEUR FAURE RENAUD**  
01 GENERALISTES  
CONVENTIONNE SECTEUR I

**12 R DE LA CHARTREUSE  
CABINET MEDICAL  
21200 BEAUNE**

date **30062025** signature du praticien

=> 21 1 04116 5 00 1 20 1 01 n°AM

(art. L.162-4-1-teral, L.162-4-4, 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 231 10 99 139 618 71

nom et prénom Mme LÉITE Tania CRISHNA  
*(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)*: 2 rue Pierre Curie

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 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 SAS DOMAINE AT GROS n° téléphone 0340 22 61 55

adresse 5 Grande Rue 21630 Pommard 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) : TANIA LOISE LÉITE

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au quatre juillet 2025  
 - en toutes lettres : *(à compléter obligatoirement)*  
 et  
 - en chiffres 04072025 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 30062025 *(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 FAURE RENAUD

date 30062025 signature du praticien [Signature] => 21 1 04116 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).