



n°10170*06
PRN-PRE

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.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, 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 266 03 15 279 063 17

nom et prénom GRELAT Valérie
(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) 10 211

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

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 KHE PRI n° téléphone 01 84 25 22 01
adresse 188 rue Grande Charles de Gaulle - 94130 NOGENT SUR MARNE e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : GRELAT Valérie
• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au : 21 novembre 2021 et 06118021 inclus

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 : 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 21/10/2021

et prescrit un temps partiel pour raison médicale du : au :

identification du praticien
(nom et prénom)

Signature du praticien
Date 21/10/2021

PRN-PRE S3116h

178.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant...
L.114-17-1 du Code de la Sécurité Sociale