



avis d'arrêt de travail

à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI

n°10170*06
PRN-PRE

initial de prolongation (*)

L.162-4-1-1er al, L.162-44, 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, 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 2 66031827906317

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

adresse 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 ville n° téléphone :

appartement : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :
) 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
années employé date de cessation d'activité précisez votre situation

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 n° téléphone :
e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

le médecin soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) :

GREAS Valérie

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)
- et
- en chiffres

Sept octobre 2021
07/10/2021

inclus

en 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 :
oui à partir du 02/09/2021

et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien
(nom et prénom)

Portant Ferey
200909030

date 02/09/2021 signature du praticien

PRN-PRE S3116h

loi 78-17 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 concernées. Lorsque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et de l'art. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).