



avis d'arrêt de travail

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

°10170*06
PRN-PRE

initial de prolongation (*)

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 2 660 318 273 065 17

nom et prénom Grégoire Vallée
(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) :* 119 rue de l'ouest

code postal 75014 ville PARIS n° téléphone :

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

ans emploi 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) : Grégoire Vallée

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au deux septembre 2021 inclus
(à compléter obligatoirement)
- en toutes lettres :
et
- en chiffres 02 09 2021

ans 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 23 08 2021

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

identification du praticien (nom et prénom)

Dr. Franck Moreau
16100 96 9036

date 23 08 2021 signature du praticien

PRN-PRE S3116h

Le 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 concernant...
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)