date 16032022

de travail

3.75	
/	ınıtia

(art. L. 162-4-1-ter at, L. 162-44, L.315-2, L.321-1-5ème atl., 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 manitime)

_J de proiongation (de	prolongation	(
----------------------	--	----	--------------	---

a votre **EMPLOYEUR** ou au **POLE EMPLOI**

l'assuré(e)
numéro d'immatriculation 165 02 99 3 3 3 17 6 60
nom et prénom FEURIER BOUNO (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): LORUE Phi Plype de Gigasol
code postal 32100 ville Sount Quentin 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).
nom, prénom ou dénomination sociale n° téléphone : e.mail :
adresse
les renseignements médicaux
je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom): FURIER BRUND • et prescrit un arrêt de travail jusqu'au - en toutes lettres: (à compléter obligatoirement) MG1 MG6 2022 inclus sans rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse * une des deux cases doit être obligatoirement cochée sorties autorisées: oui à partir du A603 20 22 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 A603 20 22 • et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au
identification du praticien (nom et prénom) DOCTEUR COURMONT THIBAUT

012894 - 66052 - 66482

=> 02 1 00174 8

signature du praticien