

avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation

volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou à
L'ASSEDIC

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation 2 9 0 0 5 9 9 3 3 5 0 4 5 6 8

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se)) SYLLA

prénom MAMA

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

0 1 9 4 1 3 9 1 1

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1)

code postal 91240 ville CRETEIL

n° de téléphone : 06 52 31 69 51

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 ☒

profession indépendante ☐

sans emploi ☒

date de cessation d'activité

précisez votre situation (voir notice 1) En formation

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui ☐

date

non ☒

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale AFPA

adresse 67-69 Avenue du General
de Gaulle, 77420 champs / Marne

n° téléphone : 0 826 46-14-14
e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : SYLLA MAMA

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : 07 août 2020

inclus

sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui ☒ à partir du 0 3 0 8 2 0 2 0

non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☒ oui ☐ à partir du (voir notice 5 bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale ☐ à partir du (voir notice 6)

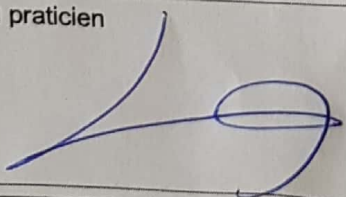
(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

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).

date 0 3 0 8 2 0 2 0

signature du praticien



identification du praticien (nom, prénom et n° ADEL et/ou n° RPPS)
FRANCOISE CATTART 10001230134

correspondance éventuelle destinée à l'employeur