



n°10170*04

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 8 0 8 8 8 3 2 1 2 5 4 3 8

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

prénom Camille

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale) 0 1 8 8 1 6 8 5 0

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

code postal ville n° de 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 ☒ profession indépendante ☐sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice 1)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

adresse

n° téléphone :
e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : RADE Camille

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : cinq avril deux mille vingt trois 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 4 0 4 2 0 2 3 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 6 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 4 0 4 2 0 2 3

signature du praticien

identification du praticien (nom, prénom et n° ADEL et/ou n° RPPS)
GEROME-MOUKALA ISABELLE
10002353695

correspondance éventuelle destinée à l'employeur