

avis d'arrêt
de travail☒ initial☐ de prolongation (*)volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOIà adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin - Conseil
(art. L. 162-4-1-1er al., L. 162-4-4, L. 315-2, L. 321-1-5ème al., L. 323-8, L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R. 441-10, L. 433-1, R. 433-15, 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) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 195109935273910

nom et prénom M. TEKFA FOUAD (TEKFA)

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

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 118 RUE JEAN JACQUES ROUSSEAU

code postal 76600

ville LE HAVRE

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

salarié(e) ☒ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ non salarié(e) agricole ☐ élu(e) local(e) ☐artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA ☐sans emploi ☐

date de cessation d'activité

précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) 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 :

adresse :

e-mail :

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : TEKFA FOUAD

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : trois février 2023

(à compléter obligatoirement)

et

- en chiffres : 03/02/2023 inclus

sans rapport * ☒ en rapport * ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)sans rapport * ☒ en rapport * ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP :

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 29/01/2023 non ☐ (voir notice 3)sorties sans restriction : non ☐ oui ☒ à partir du 29/01/2023 (voir notice 3)activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du non ☐ (voir notice 3)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au (voir notice 2)

sans rapport ** ☐ en rapport ** ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP :

** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

Identification du praticien

nom et prénom LENARD SYLVAIN

identifiant 10004041397



date 29/01/2023

signature du praticien

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)