

☒ initial ☐ de prolongation (\*)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil  
(art. L1024-1, L1024-4, L3152, L3211-1, L3214, L3254, L376-1, L813-28, R321-2, R321-15, D323-3, R441-10, L433-1, R433-16, D813-18, D813-23 au Code de la sécurité sociale, L732-4 et 752-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

**l'assuré(e)** (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

nom et prénom **NABIGH Mohamed**

(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) :

code postal ville 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

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 ☐

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui ☐ non ☐

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui ☐ non ☐

(\*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial,

cochez la case correspondante (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant ☐ médecin spécialiste consulté ☐ à l'occasion d'une hospitalisation ☐  
ou le médecin prescripteur initial

autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

**l'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone

e.mail :

adresse

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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : **NABIGH Mohamed**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au **deux septembre deux mille vingt-quatre**

- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres : **0 2 0 9 2 0 2 4** inclus

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)  
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 :  
sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès :  
(voir notice 3)

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

sorties autorisées : oui ☐ à partir du non ☒ (voir notice 4)

sorties sans restriction : non ☒ oui ☐ à partir du (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du non ☐ (voir notice 6)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au

(voir notice 7)

sans rapport\*\* ☐ en rapport\*\* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)

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

**éléments d'ordre médical** (voir notice 9)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres : **Palpitation**

identification du praticien  
(nom, prénom, nom)  
**JABBOUR, Camille**  
identifiant  
date **0 2 0 9 2 0 2 4**  
signature du praticien

identification de la structure  
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)  
**CH VICTOR DUPOUY, 69 Rue du Lt.Col Prudhon**  
**95100 ARGENTEUIL**  
n° de la structure  
(AM, PINESS ou SIRET) **9 5 0 0 0 0 3 0 7**

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 difficulté dans l'application de vos 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 fausses ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages induits (articles 313-15, 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale)

**PRN-BIS S 31161**

# avis d'arrêt de travail

## Notice à destination du patient

Complétez les rubriques qui vous concernent ("Assuré(e)" et "Employeur"), puis selon votre situation :

- **Si vous êtes salarié(e) ou travailleur(euse) indépendant(e) ①**  
Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.**  
\* si vous êtes salarié(e), adressez le volet 3 à votre employeur et faites parvenir à votre caisse, dès que possible, l'attestation de salaire établie par votre employeur,  
\* si vous êtes travailleur(euse) indépendant(e), **conservez** le volet 3.
- **Si vous êtes fonctionnaire ①**  
Adressez les volets 2 et 3 à votre employeur **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail** et conservez le volet 1 comportant les données médicales. Vous devrez présenter le volet 1 à toute requête du médecin agréé de votre administration.
- **Si vous êtes non salarié(e) agricole ①**  
Adressez les volets 1 et 2 au service médical de la caisse de MSA dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre Médecin ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.** Conservez le volet 3.
- **Si vous avez plusieurs activités ①**  
Cochez les cases correspondantes.
- **Si vous êtes sans emploi ①**  
Remplissez la case "précisez votre situation" (ex : chômage, licenciement, démission...). Des indemnités journalières peuvent éventuellement vous être attribuées.  
Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre organisme d'assurance maladie, dans l'enveloppe "M. ou Mme le Médecin-Conseil" que vous a remise votre médecin, ou à défaut dans une enveloppe libre à l'attention de M. ou Mme le Médecin-Conseil, **dans les deux jours suivant la date d'interruption du travail.** Adressez le volet 3 au pôle emploi.

**En cas d'envoi tardif**, y compris dans le cadre d'une **prolongation**, vous vous exposez à une réduction du montant de votre indemnisation.

### Accident causé par un tiers ②

Si votre arrêt de travail est consécutif à un accident causé par un tiers, vous êtes tenu d'en informer votre organisme d'assurance maladie. Dans ce cas, cochez la case prévue à cet effet.

### Prolongation d'un arrêt de travail au risque maladie ③

La prolongation d'un arrêt de travail au risque maladie doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant **sauf dans les cas** où elle est prescrite par le médecin remplaçant l'un de ces médecins ou par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou à l'occasion d'une hospitalisation.

**A défaut, un délai de carence vous sera appliqué, le cas échéant.**

**En dehors de ces cas**, l'assuré(e) doit justifier, par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie, de l'impossibilité du médecin prescripteur de l'arrêt initial ou du médecin traitant de prescrire la prolongation.

**Dans tous les cas**, l'assuré(e) ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré(e) indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel la prolongation n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

**Par ailleurs, votre médecin est tenu de préciser les éléments d'ordre médical justifiant votre arrêt de travail.**

### IMPORTANT : Quelle que soit votre situation, n'oubliez pas :

- de respecter les heures de présence à domicile (de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures), sauf en cas de sorties autorisées sans restriction d'horaire ou à l'occasion d'un temps partiel pour raison médicale,
- de demander un accord à votre organisme d'assurance maladie, avant votre départ, si vous deviez quitter votre département de résidence,
- de vous rendre aux convocations qui vous seront éventuellement adressées par le service du contrôle médical,
- de vous abstenir de toute activité non autorisée.

### Cas particulier en cas d'arrêt suite au décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans :

- dans les 13 semaines suivant le décès, aucun délai de carence ne sera appliqué pour le premier arrêt de travail.

**En effet, le non respect de ces dispositions peut entraîner la perte de vos indemnités journalières.**

**Pour tous renseignements complémentaires, consultez votre organisme d'assurance maladie.**





n° 10170\*07

PRN-BIS

addresser

## avis d'arrêt de travail

☒ initial☐ de prolongation (\*)

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

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil

**l'assuré(e)** (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

nom et prénom NABIGH Mohamed

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

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

code postal

ville

n° téléphone

bâtiment :      escalier :      étage :      appartement :      code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre guisse 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

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 salariée(e).

## l'employeur

n° téléphone

e-mail :

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : **NABIGH Mohamed**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)	deux septembre deux mille vingt-quatre	
et		
- en chiffres	0 2 0 9 2 0 2 4	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  non ☒ (voir notice 4)sorties sans restriction : non ☒ oui ☐ à partir du  (Voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : ..... oui ☐ à partir du ..... non ☐ (Voir notice 6)

et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du [ ] au [ ]  
(voir notice 7)

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)

JABBOUR, Camille Thomas

identifiant

date 0 2 0 9 2 0 2 4 signature du praticien

Conformément au Règlement européen n° 2016/681 du 27 avril 2016, 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 possible de pénalités financières, d'amende ou d'emprisonnement pour 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).

**PRN-BIS S 3116**

PRN-BIS S 31161





centre  
hospitalier  
argenteuil

69 rue du Lieutenant-Colonel Prud'hon  
95107 Argenteuil Cedex  
01.34.23.24.25  
Site : [www.ch-argenteuil.fr](http://www.ch-argenteuil.fr)

Pôle de Soins non programmés

Service d'Accueil des Urgences

Certificat médical

Argenteuil, le 02/09/2024

**Chef de service :**  
Dr Catherine LE GALL

**Praticiens Hospitaliers :**  
Dr Pascal PEUDEPIECE  
Dr Marlam NAZEMI  
Dr Farida IMEGALINE  
Dr Yanès HADDAR  
Dr Scarlett DEHDAR  
Dr Rudy COHEN

## CERTIFICAT POUR DISPENSE SCOLAIRE

**Praticiens Attachés :**  
Dr Marouane BEN LAKHAL  
Dr Sana BEN LAMINE  
Dr Amine BEN OTHMEN  
Dr Lotfi BOUCHENAK TALET  
Dr Dora CHTOUROU  
Dr Yohan COSME  
Dr Adnane HAJJI  
Dr Asma MAHFOUD  
Dr Abdelmalek MERABET  
Dr Carine SIME KOUANKEP  
Dr Camille JABBOUR  
Dr Nassima BENSLIMANI  
Dr Myada MOUHAMED

Je soussigné(e) Docteur JABBOUR Camille Thomas praticien hospitalier dans le service SERV ACCUEIL DES URGENCES à l'hôpital Victor Dupouy d'Argenteuil certifie que l'état de santé de M. NABIGH Mohamed né le 23/05/2000 nécessite :

☒ une dispense de scolarité d'un jour

A dater du 02/09/2024

**Cadre de Santé SAU-UHCD :**  
☎ 01.34.23.23.02

**Cadre de Santé UMEDO :**  
☎ 01.34.23.20.55

**Secrétariat SAU :**  
☎ 01.34.23.10.35  
☎ 01.34.23.10.53

**Secrétariat UHCD :**  
☎ 01.34.23.10.26  
☎ 01.34.23.21.42

**Secrétariat UMEDO :**  
☎ 01.34.23.10.90  
☎ 01.34.23.12.57

**Accueil :**  
☎ 01.34.23.26.05  
☎ 01.34.23.25.14  
☎ 01.34.23.24.82

**Assistante Sociale :**  
☎ 01.34.23.26.46

Certificat fait à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droit

Docteur JABBOUR Camille Thomas

Centre Hospitalier d'Argenteuil  
Service d'Accueil des Urgences  
4<sup>e</sup> Finess établissement 95 0000 367

[urgence@ch-argenteuil.fr](mailto:urgence@ch-argenteuil.fr)