

Argenteuil, le 02/09/2024

Chef de service :
Dr Catherine LE GALL

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

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

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

urgence@ch-argenteuil.fr

CERTIFICAT POUR DISPENSE SCOLAIRE

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 NABIGH né le 23/05/2000 nécessite :

☒ une dispense de scolarité d'un jour

A dater du 02/09/2024

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^e Floor établissement 95 1000 201*

☒ 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

n° 10170*07

PRN-BIS

address

avis d'arrêt
de travail☒ initial☐ de prolongation (*)

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

A adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil
 (L. 1024-1-1, L. 1024-4, L. 1024-13, L. 1024-14, L. 1024-15, L. 1024-16, L. 1024-17, L. 1024-18, L. 1024-19, L. 1024-20, L. 1024-21, L. 1024-22, L. 1024-23, L. 1024-24, L. 1024-25, L. 1024-26, L. 1024-27, L. 1024-28, L. 1024-29, L. 1024-30, L. 1024-31, L. 1024-32, L. 1024-33, L. 1024-34, L. 1024-35, L. 1024-36, L. 1024-37, L. 1024-38, L. 1024-39, L. 1024-40, L. 1024-41, L. 1024-42, L. 1024-43, L. 1024-44, L. 1024-45, L. 1024-46, L. 1024-47, L. 1024-48, L. 1024-49, L. 1024-50, L. 1024-51, L. 1024-52, L. 1024-53, L. 1024-54, L. 1024-55, L. 1024-56, L. 1024-57, L. 1024-58, L. 1024-59, L. 1024-60, L. 1024-61, L. 1024-62, L. 1024-63, L. 1024-64, L. 1024-65, L. 1024-66, L. 1024-67, L. 1024-68, L. 1024-69, L. 1024-70, L. 1024-71, L. 1024-72, L. 1024-73, L. 1024-74, L. 1024-75, L. 1024-76, L. 1024-77, L. 1024-78, L. 1024-79, L. 1024-80, L. 1024-81, L. 1024-82, L. 1024-83, L. 1024-84, L. 1024-85, L. 1024-86, L. 1024-87, L. 1024-88, L. 1024-89, L. 1024-90, L. 1024-91, L. 1024-92, L. 1024-93, L. 1024-94, L. 1024-95, L. 1024-96, L. 1024-97, L. 1024-98, L. 1024-99, L. 1024-100, L. 1024-101, L. 1024-102, L. 1024-103, L. 1024-104, L. 1024-105, L. 1024-106, L. 1024-107, L. 1024-108, L. 1024-109, L. 1024-110, L. 1024-111, L. 1024-112, L. 1024-113, L. 1024-114, L. 1024-115, L. 1024-116, L. 1024-117, L. 1024-118, L. 1024-119, L. 1024-120, L. 1024-121, L. 1024-122, L. 1024-123, L. 1024-124, L. 1024-125, L. 1024-126, L. 1024-127, L. 1024-128, L. 1024-129, L. 1024-130, L. 1024-131, L. 1024-132, L. 1024-133, L. 1024-134, L. 1024-135, L. 1024-136, L. 1024-137, L. 1024-138, L. 1024-139, L. 1024-140, L. 1024-141, L. 1024-142, L. 1024-143, L. 1024-144, L. 1024-145, L. 1024-146, L. 1024-147, L. 1024-148, L. 1024-149, L. 1024-150, L. 1024-151, L. 1024-152, L. 1024-153, L. 1024-154, L. 1024-155, L. 1024-156, L. 1024-157, L. 1024-158, L. 1024-159, L. 1024-160, L. 1024-161, L. 1024-162, L. 1024-163, L. 1024-164, L. 1024-165, L. 1024-166, L. 1024-167, L. 1024-168, L. 1024-169, L. 1024-170, L. 1024-171, L. 1024-172, L. 1024-173, L. 1024-174, L. 1024-175, L. 1024-176, L. 1024-177, L. 1024-178, L. 1024-179, L. 1024-180, L. 1024-181, L. 1024-182, L. 1024-183, L. 1024-184, L. 1024-185, L. 1024-186, L. 1024-187, L. 1024-188, L. 1024-189, L. 1024-190, L. 1024-191, L. 1024-192, L. 1024-193, L. 1024-194, L. 1024-195, L. 1024-196, L. 1024-197, L. 1024-198, L. 1024-199, L. 1024-200, L. 1024-201, L. 1024-202, L. 1024-203, L. 1024-204, L. 1024-205, L. 1024-206, L. 1024-207, L. 1024-208, L. 1024-209, L. 1024-210, L. 1024-211, L. 1024-212, L. 1024-213, L. 1024-214, L. 1024-215, L. 1024-216, L. 1024-217, L. 1024-218, L. 1024-219, L. 1024-220, L. 1024-221, L. 1024-222, L. 1024-223, L. 1024-224, L. 1024-225, L. 1024-226, L. 1024-227, L. 1024-228, L. 1024-229, L. 1024-230, L. 1024-231, L. 1024-232, L. 1024-233, L. 1024-234, L. 1024-235, L. 1024-236, L. 1024-237, L. 1024-238, L. 1024-239, L. 1024-240, L. 1024-241, L. 1024-242, L. 1024-243, L. 1024-244, L. 1024-245, L. 1024-246, L. 1024-247, L. 1024-248, L. 1024-249, L. 1024-250, L. 1024-251, L. 1024-252, L. 1024-253, L. 1024-254, L. 1024-255, L. 1024-256, L. 1024-257, L. 1024-258, L. 1024-259, L. 1024-260, L. 1024-261, L. 1024-262, L. 1024-263, L. 1024-264, L. 1024-265, L. 1024-266, L. 1024-267, L. 1024-268, L. 1024-269, L. 1024-270, L. 1024-271, L. 1024-272, L. 1024-273, L. 1024-274, L. 1024-275, L. 1024-276, L. 1024-277, L. 1024-278, L. 1024-279, L. 1024-280, L. 1024-281, L. 1024-282, L. 1024-283, L. 1024-284, L. 1024-285, L. 1024-286, L. 1024-287, L. 1024-288, L. 1024-289, L. 1024-290, L. 1024-291, L. 1024-292, L. 1024-293, L. 1024-294, L. 1024-295, L. 1024-296, L. 1024-297, L. 1024-298, L. 1024-299, L. 1024-300, L. 1024-301, L. 1024-302, L. 1024-303, L. 1024-304, L. 1024-305, L. 1024-306, L. 1024-307, L. 1024-308, L. 1024-309, L. 1024-310, L. 1024-311, L. 1024-312, L. 1024-313, L. 1024-314, L. 1024-315, L. 1024-316, L. 1024-317, L. 1024-318, L. 1024-319, L. 1024-320, L. 1024-321, L. 1024-322, L. 1024-323, L. 1024-324, L. 1024-325, L. 1024-326, L. 1024-327, L. 1024-328, L. 1024-329, L. 1024-330, L. 1024-331, L. 1024-332, L. 1024-333, L. 1024-334, L. 1024-335, L. 1024-336, L. 1024-337, L. 1024-338, L. 1024-339, L. 1024-340, L. 1024-341, L. 1024-342, L. 1024-343, L. 1024-344, L. 1024-345, L. 1024-346, L. 1024-347, L. 1024-348, L. 1024-349, L. 1024-350, L. 1024-351, L. 1024-352, L. 1024-353, L. 1024-354, L. 1024-355, L.

numéro d'immatriculation

nom et prénom NABIGH Mohamed

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

adresse où le malade peut être visité (si différents 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 cuisse 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 : _____
expliquez 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

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° 2016/679 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).

Avant les rendus possibles 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, 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 \$ 31161