

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-44, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, 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)

numéro d'immatriculation

nom et prénom

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

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

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

activité salariée ☐fonctionnaire ☐profession indépendante ☐activité non salariée agricole ☐sans emploi ☐

date de cessation d'activité

précisez votre situation

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ?

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 :

e.mail :

adresse

## les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : DIENG NAINOUNA

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : Neuf mai deux mille vingt et un  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres 09/05/2021

inclus

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui ☒ à partir du 23/04/2021non ☐

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

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

non ☐ oui ☐ à partir du

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du

au

identification du praticien  
(nom et prénom)HOPITAL DE LA CONCEPTION  
Service de Chirurgie Générale et Endocrinienne  
Pr SEBAG

23 AVR. 2021

FINESS 13 078 604 9  
35369 - hospitalisation  
UF 5800

date 23/04/2021

signature du praticien

PRN-PRE S3116h