



n°10170\*05  
PRN-PRE

# avis d'arrêt de travail

☐ initial ☒ de prolongation (\*)

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

(art. L. 162-4-1 à L. 162-4-4, L. 315-2, L. 321-1 à L. 321-3, L. 323-8, L. 376-1, L. 813-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, D. 813-19, D. 813-23 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 295 0799322037 59

nom et prénom Mme PONDY Vanessa

(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) : 136 rue Georges Cœur

code postal 91100 ville Corbeil-Essonnes n° téléphone : 01 67 91 36 52

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 Bred

n° téléphone :  
e.mail :

adresse

## les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Mme PONDY Vanessa

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au   
 - en toutes lettres :   
 (à compléter obligatoirement) **mardi trois mai deux mille vingt-deux**   
 et **3 mai 2022**   
 - en chiffres   
 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 30 avr. 2022 non ☐

(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)

Dr FONDJO Alain

Pôle Santé St.Exupéry

identifiant 10100384022

911011815

date 30 avr. 2022

signature du praticien

PRN-PRE S3116g

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.  
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).