

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

198024248714885

nom et prénom

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

CHATARD ANTOINE

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

63006

ville

LYON

n° téléphone :

06 20 18 91 61

bâtiment :

51

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

B. RETIN ISABELLE

n° téléphone :

06 68 31 18 22

e.mail :

isabelle@centhe.fr
solution

adresse

13 boulevard Edmond Michelet

les renseignements médicaux

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

CHATARD Antoine

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres

07.02.2020

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

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)

DOCTEUR RAIMONDO FRANCK

date

07.02.2020

signature du praticien

=> 69 1 00126 7

PRN-PRE S3116h