

numero d'im  
nom et prénom

code de l'organisme de rattachement

adresse où le malade peut être visité (rue, n°)

code postal

ville

appartement

(1) l'accord préalable de votre employeur est obligatoire si cette adresse se situe hors de la commune

activité salariée ☐ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐

sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez : ☐ date ☐ oui ☐ non

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

### MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

des 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 salarier(e).

### l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Dr. GUTIN Ammonde

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

en toutes lettres : du 14/11/2016 au 18/11/2016

en chiffres : 14/11/2016

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 14/11/2016 non ☐

(l'assurée doit être présente à son domicile entre 9h et 17 heures)

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

et prescrit un temps partiel pour raison médicale du 14/11/2016 au 18/11/2016

identification du praticien  
DOCTEUR MARYLA BACLET  
(nom et prénom)

signature du praticien

date 03/05/2016 => 751475294