

# avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation (\*)

volet 2, à adresser  
au service médical  
(qui le remettra  
aux services administratifs)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil  
(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, 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)** (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

120111714076853139

nom et prénom

VANNIER Elisa  
(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)

013811361

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

138170

ville

Seysins Panset

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 (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 thermique ? 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 ou le médecin prescripteur initial ☐

médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ☐

à l'occasion d'une hospitalisation ☐

autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

NBF Plashques SAS

n° téléphone : 04-74-73-17 00

e.mail : mane-charl@philips@aplar.com

adresse

68 Rue Castellon, 01300 OYONNAX

## les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

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

VANNIER Elisa

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

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

Dix Huit Février 2022 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)

\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 18022022 non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 3)

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

non ☐ oui ☐ à partir du : (voir notice 4)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du (voir notice 5)

au

sans rapport\*\* ☐ en rapport\*\* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)

\*\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien  
(nom et prénom)

DR CARRIER THERESE  
01 MEDECINE GENERALE  
CONVENTIONNE

RPPS 10003099883

date 18022022 signature du praticien

identification de la structure  
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

34 AV LOUIS ARMAND

38180 SEYSSINS

=> 38 1 05734 8 00 1 23 1 01 n°AM

PRN-PRE S3116h



cerfa

n°10170\*06  
PRN-PREavis d'arrêt  
de travail☒ initial ☐ de prolongation (\*)volet 3, à adresser  
à votre  
EMPLOYEUR  
ou au  
POLE EMPLOI

(art. L.162-4-1-Ier al. L.162-4-4, 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

1291117401685,339

nom et prénom

VANNIER Elisa

(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)

1013811361

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal

38170

ville

Scayssel l'Ansel

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

NBF Plashques SAS

n° téléphone : 04 74 73 17 00

e.mail : marc-charles.philippe@nbf.fr

adresse

18 Rue Castellon, code 17000

## les renseignements médicaux

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

VANNIER Elisa

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres :  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffresDix Huit Février  
2022

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

18/02/2022

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 CARRIER THERESE

date

18/02/2022

signature du praticien

=&gt; 38 1 05734 8

PRN-PRE S3116h