

# avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation

volet 3, à adresser  
à votre  
**EMPLOYEUR**  
ou à  
**l'ASSEDIC**

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

## l'assuré(e)

numéro d'immatriculation

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se)) BLIN (BLIN)

prénom Alex

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° de 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 ☒

profession indépendante ☐

sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui ☐ date non ☒

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

n° téléphone :

e.mail :

## les renseignements médicaux

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : treize mars deux mille vingt deux

inclus

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui ☒ à partir du 2 6 0 2 2 0 2 2 non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

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

non ☒ oui ☐ à partir du (voir notice 5 bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale ☐ à partir du (voir notice 6)

(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

## 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).

date 2 6 0 2 2 0 2 2

signature du praticien

identification du praticien (nom, prénom et n° ADELI et/ou n° RPPS)  
Docteur MELLOTT Pierre-Benoît  
10003127908

MÉDIPÔLE DE SAVOIE  
300 avenue des Massettes  
73190 CHALLES LES EAUX

730004298

correspondance éventuelle destinée à l'employeur

**Docteur Pierre-Benoît MELLOT**  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Grenoble  
Membre du Réseau Nord-Alpin des Urgences



N° FINESS :



Service des Urgences  
Tél. : 04 79 26 82 82  
N° 73 1 02804 9  
N° RPPS 1000 312 79 08

Challes-Les-Eaux, le 26/02/2022

### CERTIFICAT INITIAL DE CONSTATATION DE BLESSURES

Je soussigné, Dr Mellot,

certifie avoir examiné ce jour dans le service des Urgences à Médipôle de Savoie, un patient déclarant se nommer

**Alex BLIN**, né le 20/06/1999

il dit avoir été victime d'un accident de sport

il présente une entorse grave du genou droit

Certificat établi à la demande de l'intéressé, en un exemplaire et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

Docteur Pierre-Benoît MELLOT

