

avis d'arrêt de travail

volet 1, à adresser
au service médical

☐ initial ☐ de prolongation (*)

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil
(art. L. 162-4-1-ter 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, R. 441-10, L. 433-1, R. 433-15, 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 1 0 1 0 3 9 1 3 7 7 0 6 4 8 6

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

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 39 rue Abbé Grégoire

code postal 3 8 0 0 0 ville Grenoble n° téléphone 06 32 27 47 00

bâtiment : escalier : étage : 1 appartement : 113 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

salarié(e) ☒ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ non salarié(e) agricole ☐ élu(e) local(e) ☐

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA ☐ 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 thermale ? 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 ☐ médecin spécialiste consulté ☒ à l'occasion d'une hospitalisation ☐
ou le médecin prescripteur initial ☐
autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone
e.mail :

adresse

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

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) Vingt quatre janvier 2024
et
- en chiffres 24 01 20 24 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)
sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :
sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge Date du décès :
(voir notice 8)

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

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 22 01 20 24 non ☐ (voir notice 4)

sorties sans restriction : non ☐ oui ☐ à partir du (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du non ☐ (voir notice 6)

et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au
(voir notice 7)

sans rapport** ☐ en rapport** ☐ avec une affection de longue durée (voir notice 1)
sans rapport** ☐ en rapport** ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :
** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres : Intoxication alimentaire

identification du praticien
(nom et prénom)

DR JAY BERNARD
01 MEDECINE GENERALE
CONVENTIONNEE

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

15 R AMPERE
38000 GRENOBLE

RPPS 10002976826

date 22 01 20 24

signature du praticien

=> 38 1 03037 8 00 1 23 1 01 n°AM