## de travail

7	2 - 347 - 4	
	initial	



volet 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil (att.16241 trait.16244.0362.021 fémilie : 10.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 |

numèro d'immatriculation			
nom et prénom (nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)			
code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papter Vitale,			
adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habits	nelle) (1):		
code postal ville	n° téléphone :		
bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence : (1) l'accord préalable de votre calisse est OBLIGATORE 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 10)		
l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ?	oui non non		
l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous ête	s pensionné(e) de guerre ? oui non non		
(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre qui cochez la case correspondante (voir notice §):	e le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial,		
	écialiste consulté à l'occasion d'une de du médecin traitant hospitalisation		
autre cas précisez et indiquez le motif :			
l'emplo	n° téléphone :		
nom, prénom ou dénomination sociale	e.mail :		
adresse			
	dicaux (voir la notice à destination du praticien)		
je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : PERNOT Maxime  et prescrit un arrêt de travail jusqu'au  - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)  - en chiffres  - en chiffres			
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 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 au un au (voir notice 5)			
sans rapport** en rapport** avec une affection de longue durée (voir notice 1) **une des deux cases doit être obligatoirement cochée			
éléments d'ordre médical (voir notice 6)			
Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres :			
Suite chiruge butée éje	aule gauche		
identification du praticien	identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)		
	23 RUE BROCHANT SELARL		
41 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE			
date 09022021 signature of praticien			
date 030 2 20 21 signature of praticien	=> 75 1 72455 0 00 3 31 0 41 n°AM		
	DOM DOE 22446:		