

avis d'arrêt  
de travail☒ initial ☐ de prolongation (\*)volet 3, à adresser  
à votre  
EMPLOYEUR  
ou au  
POLE EMPLOIà 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.162-4-1-1er 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, 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 9 8 1 0 9 9 4 0 4 2 9 1 1 2

nom et prénom GOYET CALIXTE

(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) :

code postal ville 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

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 ☒

## 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

n° téléphone

e.mail :

adresse

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

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au  
- en toutes lettres : mercredi 6 décembre 2023  
(à compléter obligatoirement)  
et  
- en chiffres 0 6 1 2 2 0 2 3 inclussans 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 :

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

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 0 1 1 2 2 0 2 3 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 un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP :

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

identification du praticien  
(nom et prénom)  
GUERRY CHRISTINE

identifiant

date 2 9 1 1 2 0 2 3 signature du praticien

Signé via Doctolib le 21/03/2023  
Christine GUERRY  
