

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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





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





--

# avis d'arrêt de travail

--	--

nom et prénom

--	--

(voir votre attestation papier Vitale)

--	--

--	--

--	--

--	--	--

--	--	--

	n° téléphone :
--	----------------

e.mail :

e
---

## les renseignements médicaux

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

	- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) <b>et</b> - en chiffres		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    non

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

non      oui      à partir du

--	--	--

--

--

--

--