

Delalilo Edouard
6150 Avenue du Président Wilson
92300 LEVALLOIS PERRET

Levallois, le 08/02/2007

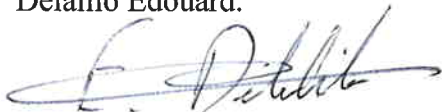
Objet : Arrêt maladie
Ref: Client 845130

Madame, Monsieur,

Je vous adresse par la présente une copie de l'arrêt maladie comme vous me l'avez demandé.

En vous souhaitant bonne réception, veuillez agréer, Madame, Monsieur, de mes sentiments
les meilleurs.

Delalilo Edouard.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'E. Delalilo', with a long horizontal flourish extending to the right.

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, D 323-2, L 376-1, D 615-23 et D 615-42 du Code de la sécurité sociale)

numéro d'immatriculation

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

prénom

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale)

adresse où le malade peut être visité (1)

code postal 95000

ville

CERGY

n° de téléphone :

bâtiment : 6

escalier :

étage : 3

appartement : 31

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

WYDES

adresse

8 RUE DE HANOURE

75002 PARIS

n° téléphone :

e.mail :

les renseignements médicaux

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) :

inclus

sans rapport* ☐

en rapport* ☐

avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 1)

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées ☐

de heures à heures à partir du

(3 heures consécutives par jour - voir notice 5)

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 :

A 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

signature du praticien

correspondance éventuelle destinée à l'employeur