

(art. L.162-4-1-teral, L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-59me al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, 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)

numéro 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 papier Vitale) 012112130

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*

activité salariée  fonctionnaire  profession indépendante  activité non salariée agricole   
sans emploi  date de cessation d'activité \_\_\_\_\_ précisez votre situation \_\_\_\_\_

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? 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 \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

### les renseignements médicaux

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

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 07/03/2016 *vendredi 7 mars 2016* inclus

*(à compléter obligatoirement)*  
- en toutes lettres :  
et  
- en chiffres

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   
*(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)*

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
non  oui  à partir du \_\_\_\_\_

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### identification du praticien

(nom et prénom)  
Docteur PROST Francois Xavier

date 04/03/2016 signature du praticien => 21 1 01805 6