

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, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation **2900899631011 97**

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

prénom **Audrey**

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale) **EEDF CHALON/SAONE**

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1)

code postal _____ ville _____ n° de 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 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 non

REÇU LE
20 JUN 2012

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale **EEDF Ch. Platre**

adresse **26 rue Theodore de Foudras**

71100 Chalon / Saone

n° téléphone : _____ e.mail : _____

les renseignements médicaux

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

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : **Un at. deux semaines** inclus

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui à partir du **16/06/12** non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

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

non oui à partir du _____ (voir notice 5 bis)

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 :

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).

date **18/06/12**

signature du praticien **Dr. Stéphane DEBAVELAERE**

identification du praticien (nom, prénom et n° ADELI et/ou n° RPPS) **71000 CHALON SUR SAONE**

Conventionné CAB. CCNY. 2150

correspondance éventuelle destinée à l'employeur