

0° 10170*07

PRN-BIS

avis d'arrêt de travail

☐ initial☒ de prolongation (*)

volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil

13-00000 (2) 10/16/1994 2:30 PM 10/16/1994

numéro d'immatriculation

nom et prénom

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 cuisine 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) Md/AGESSA ☐ sans emploi ☐ date de cessation d'activité :
précisez votre situation (voir notice 09)

L'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice (24)) : 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).

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone

e-mail :

adresse

[illegible]

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

- et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 11

11082024 inclus

sans 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 : 11/11/2011

Sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 25 06 2024 non ☐ voir notice ①sorties sans restriction : non ☐ oui ☒ à partir du 25 06 2024 (Voir notice ⑤)

activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du non ☐ (voir notice)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du []/[]/[] au []/[]/[]
(voir notice ②)

sans rapport*^e ☐ en rapport*^e ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP : 11/11/11

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

Doctenidentifikasi dan Analisis

33 - PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

25, Ed. Notre Dame

13006 MARSEILLE

13 1 19169 4 00 1 22 0 33

date 21/06/2024 signature du praticien

[illegible]

PRELIS 5 31161