



n°10170\*04

avis d'arrêt  
de travail☐ initial☐ de prolongation (\*)volet 1, à adresser  
au service médicalà adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil  
(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

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 (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 résidenceactivité 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'arrêt prescrit fait suite à une cure thermale

oui ☐non ☐

l'arrêt prescrit est en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre

oui ☐non ☐

(\*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante :

médecin remplaçant le médecin traitant  
ou le médecin prescripteur initial ☐médecin spécialiste consulté  
à la demande du médecin traitant ☐à l'occasion d'une  
hospitalisation ☐autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :**l'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

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 une affection visée aux articles L.324-1 et R.613-69 du Code de la sécurité sociale (voir notice 3)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  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 de la sécurité sociale)

éléments d'ordre médical (voir notice 7) :

date

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

signature du praticien