

avis d'arrêt de travail

initial

de prolongation (*)

**volet 1, à adresser
au service médical**

à 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, 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 [REDACTED] | 8 | 6 |

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

prénom [REDACTED]

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

adresse où le malade peut être visité (1) 20 rue Domrémy

code postal [REDACTED] ville LYON 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) [REDACTED]

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) : [REDACTED]

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : TRENTE ET UN JANVIER 2013 inclus

sans rapport* en rapport* avec une affection visée aux articles L.324-1 et R.615-69 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 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)

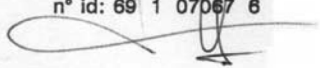
éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail et, le cas échéant, la modification des heures de sortie autorisées et la reprise à temps partiel :

R69

date | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 |

signature du praticien

Dr Marcel GARRIGOU-GRANDCHAMP
56, Rue Jeanne d'Arc 69003 LYON
Tél. 04.72.33.52.94 / Fax 04.78.53.72.44
n° id: 69 1 07067 6



identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

Docteur GARRIGOU-GRANDCHAMP Marcel
691070676
56 rue Jeanne d'Arc
69003 LYON