n°10170*05
PRN-PRE

de travail

☐ initial ☒ de prolongation (*)

EMPLOYEUR ou au POLE EMPLOI

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème 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 1 5 9 0 1 5 4 3 9 5 0 0 1 6 2

REÇU LE 24 SEP. 2018

nom et prénom ANTOINE Pierre Jean
(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)*

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 SERCAM. n° téléphone :
e.mail :

adresse 146 Boulevard de FRANCHE 34360 CONDEY

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : ANTOINE Pierre Jean

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
- *en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)* Vingt six octobre 2018
et
- *en chiffres* 26 10 2018

inclus

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 21 09 2018 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 21 09 2018

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien
(nom et prénom)

Madame BUFFET Emmanuelle

date 21 09 2018 signature du praticien => 54 1 06651 0

IMP. COSTE 07200 AUBENAS

PRN-PRE S3116g

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).