



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 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 ☐

date

non ☐

l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermique

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 sécurité sociale)

éléments d'ordre médical (voir notice 7) :

date

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

signature du praticien

S 3116 f



n°10170\*04

avis d'arrêt  
de travail☐ initial☐ de prolongation (\*)volet 2, à adresser  
au service médical  
(qui le remettra  
aux services administratifs)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, 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 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 ☐

date

non ☐

l'arrêt prescrit fait suite à une cure thermique

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 sécurité sociale)

date

signature du praticien

identification du praticien et le cas échéant de l'établissement

S 3116 f



n°10170\*04

avis d'arrêt  
de travail☐ initial ☐ de prolongationvolet 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			
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 résidence			
activité salariée <input type="checkbox"/>		profession indépendante <input type="checkbox"/>	
sans emploi <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> date			
non <input type="checkbox"/>			

## 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 un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui <input type="checkbox"/> à partir du		non <input type="checkbox"/>	
(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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à partir du		(voir notice 5 bis)	
reprise à temps partiel pour raison médicale <input type="checkbox"/> 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	identification du praticien (nom, prénom et n° ADELI et/ou n° RPPS)
signature du praticien	

correspondance éventuelle destinée à l'employeur