

Avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation (*)

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

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1, L.323-6, L.376-1, L.433-1, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 1921194017298132

nom et prénom HERICOURT Fabien
(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 caisse 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) SSAA ☐ sans emploi ☐ date de cessation d'activité :
précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui ☐ date :

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 TILENCIA

n° téléphone

e.mail : CONTACT@TILENCIA.COM

adresse 40 Rue Alexandre Dumas PARIS 75011

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : HERICOURT Fabien

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au vingt neuf mars deux mille neuf six
(à compléter obligatoirement)
et 29 03 2026 inclus
- en toutes lettres :
- en chiffres

en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) ☐

en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle ☐

Date AT/MP :

sorties autorisées : oui ☒ à partir du (voir notice 4)

sorties sans restriction : oui ☒ à partir du (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du (voir notice 6)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au
(voir notice 7)

en rapport avec un accident de travail, maladie professionnelle ☐ Date AT/MP :

identification du praticien
(nom et prénom)

EL HOS
1011214051

date 29 03 2026 signature du praticien

=> 94 0 10002 7

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).
La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

PRN-TER S 3116j