cerfa
n° 10170*08
PRN-TER

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. ou Mme le Médecin-Conseil
(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 1 90 07 61 100 60 53 77

nom et prénom LEROY Grégory
(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)* : 345 Route des Etangs

code postal 49160 ville Longué Jumelles 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 ❶) ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

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

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui ☐

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui ☐

(*) 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 *(voir notice ❸)* :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial ☐ médecin correspondant 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 n° téléphone e.mail :

adresse

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

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : LEROY Grégory

en téléconsultation ☐

• et prescris un arrêt de travail jusqu'au
- *en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)* mercredi neuf septembre 2026
- **et**
- *en chiffres* 09/09/2026 inclus

en rapport avec une affection de longue durée *(voir notice ❶)* ☐

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

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

en rapport avec le décès d'un enfant, ou d'une personne à charge *(voir notice ❽)* ☐ Date du décès : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

sorties autorisées : oui ☐ à partir du ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ *(voir notice ❹)*

sorties sans restriction : oui ☐ à partir du ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ *(voir notice ❺)*

activité(s) autorisée(s) : ..... oui ☐ à partir du ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ *(Voir notice ❻)*

• et prescris un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ au ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ *(voir notice ❼)*

en rapport avec une affection de longue durée *(voir notice ❶)* ☐

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

éléments d'ordre médical *(voir notice ❾)*

Codification du motif médical ☐☐ **OU éléments en toutes lettres :** Syndrome grippal

identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR DOYENNEL JEREMY
01 MEDECINE GENERALE
PRATICIEN CONVENTIONNE SANS DEPASSEMENT
RPPS

date 07/09/2026 signature du praticien

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

2 RUE DU DR JEAN RABILLOUD

49160 LONGUE JUMELLES

=> 49 1 07075 1 00 1 20 1 01 n°AM

01/00388JL.1/26

029890 - 566966 - 591149

PRN-TER S 3116j