



cerfa
N° 10170*07

avis d'arrêt de travail

volet 1 : à adresser par l'assuré(e) au service du contrôle médical de sa caisse dans les 48 heures

☒ arrêt de travail initial
☐ prolongation
☐ rechute

identification de l'assuré(e)

nom et prénom **HADDAD Geneviève**

nom de naissance (s'il est différent)

numéro d'immatriculation **2 9 3 0 5 7 5 0 5 6 6 7 2 6 7**

date de naissance **1 9 0 5 1 9 9 3**

adresse **108 rue Paul Bert 97430 TAMPON**

situation de l'assuré(e)

☒ activité salariée ☐ activité non salariée ☐ sans emploi ☐ travailleur indépendant

nom ou raison sociale de l'employeur **Boulangerie des Halles Dorval SAS**

adresse de l'employeur **1 bis rue Gambetta 97421 SAINT-LOUIS**

arrêt de travail

arrêt de travail jusqu'au **1 3 0 9 2 0 2 5** inclus

en toutes lettres **treize septembre deux mille vingt-cinq**

sorties autorisées : ☒ oui ☐ non

si oui, sorties libres à partir du **2 9 0 8 2 0 2 5** (sauf entre 9 h et 11 h et entre 14 h et 16 h)

éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail

Rupture prématurée des membranes, avec début du travail dans les 24 heures

en rapport avec : ☐ une affection de longue durée ☐ un état pathologique résultant de la grossesse ☐ un accident causé par un tiers

identification du praticien

nom et prénom **JOLY Céline**

identifiant (RPPS) **1 0 0 4 3 8 6 2 3 9 9**

n° structure (FINESS) **9 7 0 7 3 6 7 7 3**

raison sociale de la structure **Centre Hospitalier Intercommunal des Trois Fontaines**

adresse **8 quai de la Gare 97440 SAINT-ANDRÉ**

date **2 7 0 8 2 0 2 5**

Dr Céline JOLY
Gynécologie-Obstétrique
Centre Hospitalier Intercommunal des Trois Fontaines
97440 SAINT-ANDRÉ
Tél. 05 36 49 25 15 - RPPS 10043862399

signature du praticien