

Certificat de prolongation de l'arrêt de travail

(Remplace CERFA 10170*06)

Je soussigné, Docteur :

Après avoir examiné :

Monsieur, Madame :

Employé(e) par :

Certifie :

- Que l'état de santé du patient justifie la prolongation d'un congé de : *longue maladie / longue durée / grave maladie* ⁽¹⁾ du : au :
(période de 3 à 6 mois) .
- Avoir été informé par le patient de l'ouverture du congé de longue maladie de : *longue durée / grave maladie* ⁽¹⁾ en cours à compter du :
- Avoir été informé de la possibilité de contrôle des arrêts de travail prescrits. Un justificatif médical pourra être demandé par un médecin contrôleur (*ou conseil médical*).

(1) : *Rayer la mention inutile*

Fait à : Le :

Cachet et signature :