**Certificat de prolongation de l’arrêt de travail**

**(remplace CERFA10170\*06)**

Je soussigné, Docteur………………………………………..………………………………………..…………………

Après avoir examiné Monsieur, Madame…………………………………………………………………….

employé(e) par la mairie de ………………………………………..……………………………………………………

Certifie :

* Que l’état de santé du patient justifie la prolongation d’un congé de longue maladie (ou longue durée) du ………………..…… au …………….……… (période de 3 à 6 mois)
* Avoir été informé par le patient de l’ouverture du congé de longue maladie (longue durée) 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)

Date : ……………………………………

Cachet et signature