



**santé**  
**famille**  
**retraite**  
**services**

Service d'Action Sociale  
Geneviève MARTINOL  
☎ 04.78.92.63.96

**AVIS DE REPOS DES AGRICULTEURS  
ET DES AGRICULTRICES**

L'envoi du présent avis à la M.S.A. et la demande d'allocation de remplacement sont obligatoires pour vous permettre de percevoir une allocation de remplacement.

**A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E)**

N° d'identification : .....

NOM – Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... - Commune : .....

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

Le médecin soussigné prescrit un repos

De : .....jours *(maximum 30 jours)*

à partir du : .....

**IDENTIFICATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

DATE : ..... - Signature du Médecin :