

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES MALADIE, MATERNITE ET PATERNITE

Cette attestation n'est pas à délivrer en cas d'accident du travail.

(Art. L 323-4, L 331-3, L 331-8, R 323-4, R 323-6, R 323-8, R 323-10 et R 331-5 du code de la Sécurité Sociale)

1 IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

NOM - PRÉNOM
OU DÉNOMINATION SOCIALE

ADRESSE

N° TÉLÉPHONE
(facultatif)

CODE POSTAL

COMMUNE

Numéro employeur ou Numéro SIRET

2 IDENTIFICATION DU SALARIÉ

N° D'IMMATRICULATION

NOM PATRONYMIQUE
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)
PRÉNOM (S)

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL

COMMUNE

3 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS (1)

Motif de l'arrêt

maladie maternité
date du dernier jour de travail

paternité
date de début du congé

Date de reprise du travail

Situation à la date de l'arrêt :

Nombre d'enfants
à charge :

Reprise à temps partiel

Motif médical (avec accord de la MSA)
ou
 Raison personnelle

Non repris ce jour

CAS GÉNÉRAL

Montant des cotisations sur salaire
Plus de 200 h de travail

CAS PARTICULIER :
ACTIVITÉ SAISONNIÈRE OU
DISCONTINUÉE

Montant des cotisations sur salaire
Plus de 800 h de travail

Pour la période du :

au

