

No 11136*02

(Art. R 313-3 2° a et b du Code de la Sécurité Sociale)

EMPLOYEUR

NOM - PRENOM ou DENOMINATION	<input type="text"/>		
ADRESSE	<input type="text"/>		
N° TELEPHONE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro SIRET	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
			S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case <input type="checkbox"/>

ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION	<input type="text"/>	MATRICULE DANS L'ENTREPRISE	<input type="text"/>
NOM PATRONYMIQUE - PRENOM <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)</i>	<input type="text"/>		
ADRESSE	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE	<input type="text"/>		

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail

Indiquer :

soit le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le salarié au cours des 12 mois civils précédant la date d'interruption de travail euros

et le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le salarié au cours des 6 premiers mois de cette même période euros

soit le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail

et le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 3 premiers mois de la période considérée.

Fait à	<input type="text"/>	le	<input type="text"/>
Nom du signataire	<input type="text"/>		
Qualité	<input type="text"/>		

Signature de l'employeur