

Je coche la case qui correspond à la situation du salarié



**ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
 ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie   
  Maternité   
  Paternité   
  Cure thermique ①   
  Attestation rectificative ②

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom (en capitales) \_\_\_\_\_  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu)  
 Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail \_\_\_\_\_ Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

**Autres cas ④**

Non repris à ce jour   
  Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**  
(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ – ACCUEIL DE L'ENFANT – ADOPTION**  
(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦**

En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie des 2 bulletins de salaires. Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins de paie précédant l'interruption de travail.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

**SUBROGATION : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ⑧ - ⑨ - ⑩**

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

**Date, cachet et signature de l'employeur ⑪**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'insaisiabilité, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Cachet et signature de l'employeur



Pour savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

Maladie     Maternité     Paternité     Cure thermique ①

 Attestation rectificative ②

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_

N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_

 Nom et prénom (en capitales) \_\_\_\_\_  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu)

Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail \_\_\_\_\_ Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

**Autres cas ④**
 Non repris à ce jour     Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**
(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ – ACCUEIL DE L'ENFANT – ADOPTION**
(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦**

En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie des 2 bulletins de salaires. Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins de paie précédant l'interruption de travail.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
_____	_____ €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

**SUBROGATION : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ⑧ - ⑨ - 10**

 Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

**Date, cachet et signature de l'employeur ⑪**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

Vous avez reçu une demande d'informations complémentaires. Lors de l'établissement de la nouvelle attestation n'oubliez pas de cocher « **Attestation rectificative** »



Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②**EMPLOYEUR**NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_**EMPLÔTE(E)**N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
Nom et prénom (en capitales) \_\_\_\_\_  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu)  
Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail \_\_\_\_\_ Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

**Autres cas ④** Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical**MATERNITÉ**(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦**

En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie de 2 bulletins de salaires. Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins de paie précédant l'interruption de travail.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
_____	_____ €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

**SUBROGATION : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ⑧ - ⑨ - ⑩**Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé**Date, cachet et signature de l'employeur ⑪**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L.114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

Je complète les informations relatives à l'étude notariale



Je complète les informations relatives au salarié



### ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS

ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②

#### EMPLOYEUR

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

#### EMPLOYÉ(E)

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
Nom et prénom (en capitales) \_\_\_\_\_  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu)  
Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

Date du dernier jour de travail \_\_\_\_\_ Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

#### Autres cas ④

Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical

#### MATERNITÉ

(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

#### PATERNITÉ – ACCUEIL DE L'ENFANT – ADOPTION

(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤

\_\_\_\_\_

#### SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦

En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie de 2 bulletins de salaires. Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins de paie précédant l'interruption de travail.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
_____	_____ €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

#### SUBROGATION : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ⑧ - ⑨ - ⑩

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

#### Date, cachet et signature de l'employeur ⑪

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.



Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

J'indique la date du dernier jour de travail.

La date du dernier jour de travail correspond au dernier jour de présence de votre salarié(e), même si la journée n'a pas été achevée.

En cas d'arrêt durant les congés payés, indiquez le dernier jour de travail avant les congés.



J'indique la date de reprise de travail, si le salarié a repris son activité.

L'attestation peut être envoyée dès le début de l'arrêt



**CRPCEN**  
ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
Nom et prénom (en capitales)  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail \_\_\_\_\_ Date de reprise de travail \_\_\_\_\_ J/ab \_\_\_\_\_

**Autres cas ④**

Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**  
(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**  
(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤ \_\_\_\_\_

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE** (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦

En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie de 2 bulletins de salaires. Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins de paie précédant l'interruption de travail.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
_____	_____ €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

**SUBROGATION** : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ⑧ - ⑨ - ⑩

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

**Date, cachet et signature de l'employeur ⑪**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

**RGPD** Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

Je coche la case qui correspond à la situation du salarié



**ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
 ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
 ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie   
  Maternité   
  Paternité   
  Cure thermique ❶   
  Attestation rectificative ❷

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom (en capitales)  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
 Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ❸**

Date du dernier jour de travail \_\_\_\_\_ Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

**Autres cas ❹**

Non repris à ce jour   
  Reprise à temps partiel pour motif médical

MATERNITÉ <small>(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)</small>	PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION <small>(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)</small>
<p>Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité</p>	<p>Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.</p>
	<p>Signature de la personne assurée qui demande le congé ❺</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ❻ - ❼**

En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie de 2 bulletins de salaires. Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins de paie précédant l'interruption de travail.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

**SUBROGATION : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ❸ - ❾ - ❿**

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

**Date, cachet et signature de l'employeur ❿**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

Je fais signer le ou la salarié(e) au début du congé de maternité, de paternité ou d'adoption



### ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie   
  Maternité   
  Paternité   
  Cure thermique ❶   
  Attestation rectificative ❷

---

#### EMPLOYEUR

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

---

#### EMPLOYÉ(E)

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom (en capitales)  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
 Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

---

#### RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ❸

Date du dernier jour de travail \_\_\_\_\_ Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

---

#### Autres cas ❹

Non repris à ce jour   
  Reprise à temps partiel pour motif médical

#### MATERNITÉ

(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

#### PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION

(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé ❺

En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie des 2 bulletins de salaires. Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins de paie précédant l'interruption de travail.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €
_____	_____ €

---

#### SUBROGATION : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ❸ - ❹ - ❺

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

---

#### Date, cachet et signature de l'employeur ❻

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.



RGPD Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

# Comment compléter les salaires de référence

J'indique les salaires qui correspondent au deux mois précédant l'arrêt



Je renseigne le 13<sup>ème</sup> mois et la gratification de l'année N-1 par rapport au mois de référence  
Ces données sont indispensables pour le traitement du dossier



**ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
 ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
 ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom (en capitales)  
 (nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
 Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail \_\_\_\_\_ Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

**Autres cas ④**

Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**  
 (à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)  
 Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**  
 (à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)  
 Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.  
 Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤ \_\_\_\_\_

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦**  
 En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie des 2 bulletins de salaires.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
_____	_____ €
13 <sup>ème</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

\_\_\_\_\_ période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

**Date, cachet et signature de l'employeur ⑧**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L.114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

CRPCEN • 5 bis rue de Madrid • 75395 PARIS Cedex 08 • [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr)  
 IWP\_Maladie\_005\_Attestation salaires I1, 22 juin 2023

Exemple de salaires de référence pour en arrêter le dernier jour du mois

Le salarié est en arrêt à compter du 1<sup>er</sup> février. Le dernier jour de travail correspond au dernier du jour du mois, donc les salaires de références à prendre en compte sont janvier 2023 et décembre 2022



Pour info :

Lorsque Le dernier jour de travail correspond au dernier du jour du mois les salaires de références à prendre en compte sont le mois en cours et le mois qui précède

Je renseigne le 13<sup>ème</sup> mois et la gratification de l'année 2022 (année N-1 par rapport au mois de référence). Ces données sont indispensables pour le traitement du dossier



**ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
 ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
 ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom (en capitales)  
 (nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
 Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail 3 1 0 1 2 0 2 3 Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**  
 (à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)  
 Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**  
 (à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)  
 Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.  
 Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤ \_\_\_\_\_

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE** (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦  
 En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie des 2 bulletins de salaires.

Mois de référence	Montant total brut
Janvier 2023	2 5 0 0 . 1 5 €
Décembre 2022	2 5 0 0 . 1 5 €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	2 5 0 0 . 1 5 €
Gratifications (année N-1)	1 5 0 0 . €

**SUBROGATION** : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ⑧ - ⑨ - ⑩  
 Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

**Date, cachet et signature de l'employeur ⑪**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

CRPCEN • 5 bis rue de Madrid • 75395 PARIS Cedex 08 • [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr)  
 iWP\_Maladie\_005\_Attestation salaires IJ, 22 juin 2023

Exemple de salaires de référence pour un arrêt en début d'année

Le salarié est en arrêt à compter du 28 janvier. J'indique les salaires qui correspondent au deux mois précédant l'arrêt



Je renseigne le 13<sup>ème</sup> mois et la gratification de l'année 2022. Comme il existe un écart important entre les salaires de décembre et de novembre, je joins les bulletins de salaires correspondants. Ces données sont indispensables pour le traitement du dossier



**ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
 ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
 ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom (en capitales) \_\_\_\_\_  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu)  
 Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail 2 7 0 1 2 0 2 3 Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

**Autres cas ④**

Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**  
(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)  
 Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**  
(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)  
 Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.  
 Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤ \_\_\_\_\_

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE** (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦

En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie des 2 bulletins de salaires.  
Pour les indemnités au jour de l'arrêt de travail, des renseignements relatifs à l'arrêt de travail et à l'indemnisation, joindre les 13 derniers bulletins de salaire.

Mois de référence	Montant total brut
Décembre 2022	3 2 0 0 . 0 0 €
Novembre 2022	2 5 0 0 . 1 5 €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	2 5 0 0 . 1 5 €
Gratifications (année N-1)	1 5 0 0 . 1 5 €

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

**Date, cachet et signature de l'employeur ⑧**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

CRPCEN • 5 bis rue de Madrid • 75395 PARIS Cedex 08 • [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr) ivp\_Maladie\_005\_Attestation salaires 11, 22 juin 2023

Exemple de salaires de référence pour un arrêt en milieu d'année

Le salarié est en arrêt à compter du 16 mai. J'indique les salaires d'avril et de mars



Je renseigne le 13<sup>ème</sup> mois et la gratification de l'année 2022 (année N-1 par rapport au mois de référence). Ces données sont indispensables pour le traitement du dossier



**ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
 ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
 ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom (en capitales)  
 (nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
 Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail 1 5 0 5 2 0 2 3 Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**  
 (à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)  
 Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**  
 (à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)  
 Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.  
 Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤ \_\_\_\_\_

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE** (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦  
 En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie des 2 bulletins de salaires.  
 Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins

Mois de référence	Montant total brut
Avril 2023	2 5 0 0 . 1 5 €
Mars 2023	2 5 0 0 . 1 5 €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	2 5 0 0 . 1 5 €
Gratifications (année N-1)	1 5 0 0 . 1 5 €

Date, cachet et signature de l'employeur ⑧

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

CRPCEN • 5 bis rue de Madrid • 75395 PARIS Cedex 08 • [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr) ivp\_Maladie\_005\_Attestation salaires 11, 22 juin 2023

## Exemple de salaires de référence pour un négociateur

Le salarié est en arrêt à compter du 1<sup>er</sup> février. J'indique les salaires qui correspondent au deux mois précédant l'arrêt



## Pour info :

Pour les négociateurs il faut joindre les 12 derniers bulletins de salaires qui précèdent l'arrêt de travail

Je joins les bulletins de salaires de février 2022 à janvier 2023. Il n'est pas nécessaire de compléter le 13<sup>ème</sup> mois et la gratification



**ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
 ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
 ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom (en capitales) \_\_\_\_\_  
 (nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu)  
 Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail 3 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**  
 (à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)  
 Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**  
 (à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)  
 Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.  
 Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤ \_\_\_\_\_

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE** (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦  
 En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie des 2 bulletins de salaires.

Mois de référence	Montant total brut
Décembre 2022	3 2 0 0 . 0 0 €
Novembre 2022	2 5 0 0 . 1 5 €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

**SUBROGATION** : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ⑧ - ⑨ - ⑩  
 Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

**Date, cachet et signature de l'employeur ⑪**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

CRPCEN • 5 bis rue de Madrid • 75395 PARIS Cedex 08 • [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr)  
 IWP\_Maladie\_005\_Attestation salaires I1, 22 juin 2023

**ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
 ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
 ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie     Maternité     Paternité     Cure thermique ❶     Attestation rectificative ❷

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom (en capitales)  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
 Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ❸**

Date du dernier jour de travail \_\_\_\_\_ Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

**Autres cas ❹**

Non repris à ce jour     Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**  
(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**  
(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé ❺

Gratifications (année N-1) \_\_\_\_\_ €

**SUBROGATION : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ❸ - ❹ - 10**

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

**Date, cachet et signature de l'employeur ❾**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

CRPCEN • 5 bis rue de Madrid • 75395 PARIS Cedex 08 • [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr)

**Pour info :**  
 la CRPCEN applique un délai de carence d'un jour.  
 Le versement des indemnités journalières intervient à partir du 2ème jour.  
 Mais, si votre salarié(e) relève des conditions posées par l'article 20 -1 de la Convention Collective du Notariat, vous pouvez décider de prendre en charge les jours de carence.

**Arrêt avec maintien de salaire :**  
 J'indique la date de début et de fin de la période de subrogation, Je ne coche pas la case « Délai de carence non subrogé », Je maintiens le salaire durant la totalité de l'arrêt.

**Arrêt sans maintien de salaire :**  
 Je n'indique aucune date, Je ne coche pas la case « Délai de carence non subrogé », Le paiement sera effectué directement au salarié.

**Arrêt avec jour(s) de carence et un maintien de salaire :**  
 J'indique la date de début et de fin de la période de la subrogation, Je coche la case « Délai de carence non subrogé ».

# Exemple de subrogation

Arrêt du 1<sup>er</sup> au 15 février :  
Je maintiens le salaire de l'employé  
durant la totalité de l'arrêt. J'indique la  
date de début et de fin de la  
subrogation.



**ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
Nom et prénom (en capitales)  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail 3 1 0 1 2 0 2 3 Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

**Autres cas ④**

Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**  
(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)  
Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**  
(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)  
Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.  
Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤ \_\_\_\_\_

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE** (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦

En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie des 2 bulletins de salaires.  
Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins de paie précédant l'interruption de travail.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
_____	_____ €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

**SUBROGATION : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ⑧ - ⑨ - ⑩**

Du 0 1 0 2 2 0 2 3 Au 1 5 0 2 2 0 2 3  Délai de carence non subrogé

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

CRPCEN • 5 bis rue de Madrid • 75395 PARIS Cedex 08 • [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr)  
iWP\_Maladie\_005\_Attestation salaires L1\_22 juin 2023

# Exemple de subrogation

**ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
 ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
 ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
 N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom (en capitales) \_\_\_\_\_  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu)  
 Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail 3 1 0 1 2 0 2 3 Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**  
(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)  
 Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**  
(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)  
 Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.  
 Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤ \_\_\_\_\_

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE** (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦

En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie des 2 bulletins de salaires. Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins de paie précédant l'interruption de travail.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
_____	_____ €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

**SUBROGATION : période pendant laquelle l'employeur maintien le salaire ⑧ - ⑨ - ⑩**

Du 0 4 0 2 2 0 2 3 Au 1 5 0 2 2 0 2 3  Délai de carence non subrogé

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

**RGPD** Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

CRPCEN • 5 bis rue de Madrid • 75395 PARIS Cedex 08 • [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr)  
 IWP\_Maladie\_005\_Attestation salaires 11, 22 juin 2023

Arrêt du 1<sup>er</sup> au 15 février avec 3 jours de carence :

Je maintiens le salaire de l'employé mais pas la période de carence. J'indique la date de début et de fin de la subrogation sans la période de carence.



Je coche la case « Délai de carence non subrogé »

La période de carence du 1<sup>er</sup> au 3 février sera versée à l'employé



# Exemple sans subrogation

Arrêt du 1<sup>er</sup> au 15 février sans subrogation

Je ne maintiens pas le salaire du salarié pendant son arrêt.

Je laisse la partie subrogation vide. Le paiement sera effectué directement auprès du salarié



**ATTESTATION DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
ART. L.323-4, L.331-3, L.331-8, R.323-6, R.331-5, R.331-7 ET D.331-3 À D.331-4 DU CSS  
ART. 72 À 75 DU DÉCRET N° 90-1215 DU 20/12/1990

Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②

**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_  
N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_  
Nom et prénom (en capitales) \_\_\_\_\_  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu)  
Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail 3 1 0 1 2 0 2 3 Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical

**MATERNITÉ**  
(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)  
Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**  
(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)  
Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.  
Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤ \_\_\_\_\_

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE** (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦  
En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie de 2 bulletins de salaires.  
Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins de paie précédant l'interruption de travail.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
_____	_____ €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

**SUBROGATION** : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ⑧ - ⑨ - ⑩  
Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_  Délai de carence non subrogé

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits, voir le tableau au verso.

CRPCEN • 5 bis rue de Madrid • 75395 PARIS Cedex 08 • [www.crpcen.fr](http://www.crpcen.fr)  
iWP\_Maladie\_005\_Attestation salaires 11, 22 juin 2023

Maladie  Maternité  Paternité  Cure thermique ①  Attestation rectificative ②**EMPLOYEUR**

NOM, prénom ou dénomination \_\_\_\_\_ N° Étude \_\_\_\_\_

N° SIRET \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**EMPLOYÉ(E)**

N° d'immatriculation \_\_\_\_\_

Nom et prénom (en capitales)  
(nom de naissance suivi du nom d'usage s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Adresse n° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Nombre d'heures mensuelles \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ARRÊT DE TRAVAIL ③**

Date du dernier jour de travail \_\_\_\_\_ Date de reprise de travail \_\_\_\_\_

**Autres cas ④** Non repris à ce jour  Reprise à temps partiel pour motif médical**MATERNITÉ**(à signer au début du repos prénatal, par l'assurée)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité

**PATERNITÉ - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION**(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée du congé légal de maternité ou paternité. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé ⑤

**SALAIRES DE RÉFÉRENCE (2 derniers salaires bruts échus - à compléter par l'employeur) ⑥ - ⑦**

En cas d'écart de salaire entre les deux mois de référence précédant l'arrêt de travail, joindre la copie des 2 bulletins de salaires. Pour les négociateurs ou pour tout autre salarié dont une partie du salaire est rémunérée en commissions, joindre les 12 derniers bulletins de paie précédant l'interruption de travail.

Mois de référence	Montant total brut
_____	_____ €
_____	_____ €
13 <sup>e</sup> mois (année N-1)	_____ €
Gratifications (année N-1)	_____ €

**SUBROGATION : période pendant laquelle l'employeur maintient le salaire ⑧ - ⑨ - ⑩**

Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_ Délai de carence non subrogé \_\_\_\_\_

**Date, cachet et signature de l'employeur ⑪**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Cachet et signature de l'employeur \_\_\_\_\_

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale). Conformément au règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles ainsi que le droit de les faire rectifier.

Je date, j'appose le cachet de l'étude et je signe l'attestation.

L'attestation ne pourra être traitée sans ces éléments.

