

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL
(si tous les champs ne sont pas renseignés, le document sera rejeté)

Année 20..... - 20.....

L'employeur soussigné (NOM)

Adresse :
.....

déclare que M..... (NOM, Prénom)

N° de Sécurité Sociale

est employé(e) dans son établissement en qualité de : (cocher la case correspondante)

Fonctionnaire depuis le :
Quotité :

Agent contractuel de la fonction publique : (cocher la case correspondante)
Quotité :
 CDD du au
 CDI depuis le :

Salarié du secteur privé : (cocher la case correspondante)
Quotité :
 CDD du au
 CDI depuis le :

Autres (préciser) :

Sur une base annuelle (du 1^{er} septembre au 31 août) : (cocher la case correspondante)

- De plus de 900 heures
- De plus de 215 heures d'enseignement ou de formation

Et déclare que le salaire qui lui est versé est : (cocher la case correspondante)

- Inférieur
au plafond de Sécurité Sociale
- Supérieur

Renonce au bénéfice du prorata visé aux articles L 242.3 et R 242.3 du Code de la Sécurité Sociale.

Les cotisations sont versées à l'U.R.S.S.A.F. de (Dépt)
Sous le N°.....

Fait à
Le

Cachet de l'Employeur

Nom **ET** signature de l'employeur