

Attestation sur l'honneur congé de paternité ou d'accueil de l'enfant⁽¹⁾

(Document à adresser à votre employeur et à votre caisse de MSA au moins un mois avant la date prévisionnelle de naissance de l'enfant)

- Prénom : Mathias
- Nom : PARENT
- Commune : 21630 POMMARD
- N° de Sécurité sociale : 190052123130243
- Caisse de MSA dont vous relevez : DIJON

Madame, Monsieur,

Je vous informe par ce courrier de mon intention de prendre un congé de paternité et d'accueil de l'enfant, dans le respect des dispositions légales en vigueur.

Dès que possible, je m'engage à envoyer à la MSA l'acte de naissance ou le jugement d'adoption.

- L'accouchement est prévu le 07/01/2024 (date indiquée sur la déclaration de grossesse),
- ou l'arrivée de l'enfant au foyer est prévue le
- Conformément à ma situation au sein de l'entreprise, je peux bénéficier de 3 jours au titre du « congé naissance » (légal ou conventionnel). Le congé paternité débutera donc à l'issue de ces jours de congé naissance.
- Je souhaite bénéficier de ce congé à compter du : 12/01/2024

Dates	Début	Fin	Durée
Dès la naissance :			
• Congé de naissance (légal ou conventionnel) :	09/01/2024	11/01/2024	3
• Congé paternité (MSA) [minimum 4 jours calendaires obligatoires faisant suite au congé de naissance]	12/01/2024	15/01/2024	4
Fractionnement (facultatif). À prendre dans les 6 mois de l'enfant⁽²⁾.			
• 2 ^e période (minimum 5 jours)	25/01/2024	04/02/2024	11
• 3 ^e période (minimum 5 jours)	31/05/2024	09/06/2024	10

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

✓ Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts.

Fait à : POMMARD

Le : 04/12/2023

Signature



(1) Décret n° 2021-574 du 10 mai 2021.

(2) Vous pouvez ultérieurement modifier les dates prévisionnelles de fractionnement que vous avez mentionnées sur le présent document au moins un mois avant le début de chaque période.





ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS

- JOURNALIÈRES MALADIE
 MATERNITÉ
 PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT
 ALLOCATION JOURNALIÈRE DE MATERNITÉ

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)

ATTESTATION RECTIFICATIVE

Pour compléter cette attestation reportez-vous à la notice correspondante.

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 :

CATÉGORIE OU EMPLOI OCCUPÉ :

NOM DE FAMILLE (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) :

PRÉNOM (S) :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

3 ÉTUDE DU DOSSIER ARRÊT

Date du dernier jour de travail : Date de début du congé paternité / accueil de l'enfant :

Date de reprise anticipée du travail : Situation à la date de l'arrêt : Nombre d'enfants à charge :

Reprise à temps partiel : (accord de la MSA) Motif de la suspension du contrat de travail : travail de nuit
 ou Raison personnelle exposition à un risque

À compter du : Date de suspension du contrat de travail :

Non repris ce jour :

4 ÉTUDE DES DROITS

Montant des cotisations sur salaire Plus de 150 h de travail :

Montant des cotisations sur salaire Plus de 600 h de travail :

Pour la période du : au

5 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT LE CALCUL DES PRESTATIONS

SALAIRES DE RÉFÉRENCE en €

SALAIRE DE BASE		L'ASSURÉ N'A PAS TRAVAILLÉ A TEMPS COMPLET PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE				
Période de référence		Montant du salaire	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures correspondant au contrat de travail	Salaire reconstitué brut
Du	Au					
1	2	3	4	5	6	7
01/02/2024	29/02/2024	7 244.36	PAT	137.67	151.67	7 732.97
01/03/2024	31/03/2024	7 813.51				
01/04/2024	30/04/2024	7 721.76				

6 TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

PÉRIODE DE RÉFÉRENCE		SALAIRE DE BASE en €	
Du	Au	Salaire réel brut perçu au titre de l'activité partielle	Salaire réel brut correspondant à l'activité exercée en application du contrat de travail

7 MATERNITÉ (À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉE AU DÉBUT DU REPOS PRÉNATAL)

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.

Signature de l'assurée

8 PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT (À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ AU DÉBUT DU CONGÉ)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant la durée de mon congé de paternité, je ne pourrai pas prétendre au versement d'indemnités journalières de paternité.

Signature de la personne assurée

9 RENSEIGNEMENTS A FOURNIR POUR LES ADHÉRENTS A UNE GARANTIE DE PRÉVOYANCE

Détail des primes soumises à cotisation (y compris celles incluses dans le salaire figurant au cadre 5)
 12 mois civils Date de versement Période à laquelle se rapporte le versement Montant brut en €

Date du dernier jour de mensualisation :

10 DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :

du 3 | 1 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 4 au 0 | 9 | 0 | 6 | 2 | 0 | 2 | 4

Fait à : POMMARD

Le : 2 | 4 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 4

Nom du signataire : PARENT ANNE FRANCOISE

Signature de l'employeur

Qualité : PRESIDENTE