

ATTESTATION DE PERTE DE PRIMES

UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DE VENDEE

AMICALE de :

- Date du sinistre :

- Identité de la victime :

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR :

Je soussigné :
(nom ou raison sociale et profession de l'employeur)

certifie que **M**
(nom et prénom de l'employé(e))

employé de mon entreprise, a fait l'objet d'un arrêt de travail

du au soit jours.

PERTE DE PRIMES CONSECUTIVE A CET ARRET DE TRAVAIL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR	
<u>Nature de la prime :</u>	<u>Montant de la prime (NET) (Perte Réelle)</u>

Fait à : le
pour servir et valoir ce que de droit.

Signature de la victime

**Signature de l'employeur
et cachet de l'entreprise**