



# Télécopie

Date : 18 septembre 2015

Nombre de pages (celle-ci comprise) : 2

**Destinataire : CPAM**

**A l'attention de Mme AZZOUZ**

**Télécopie : 05.45.94.35.04**

**Objet : Bulletin de salaire du mois de juillet de  
l'agent LEONARD Jennifer**

Madame,

Suite à notre échange téléphonique, je vous prie de bien vouloir trouver ci-joints

- le bulletin de salaire du mois de juillet de l'agent LEONARD Jennifer,
- l'attestation de salaire modifié, selon votre demande.

Vous en souhaitant bonne réception,

Cordialement.

Le Maire :  
Gérard LIOT  
P/O la secrétaire



**Mairie 61, rue de la République 16560 Aussac-Vadalle**

**Tél: 05 45 20 61 60 /Télécopie: 09 72 31 00 94**

**Courriel: [mairie@aussac-vadalle.fr](mailto:mairie@aussac-vadalle.fr)**

**Internet : [www.aussac-vadalle.fr](http://www.aussac-vadalle.fr)**

# attestation de salaire accident du travail ou maladie professionnelle

(Article L 433.1, L 433.2, R 433.5 à R 433.7, R 433.8.1, R 433.12, R 436.2 et R 441.4 du Code de la sécurité sociale)

## L'EMPLOYEUR

Nom, prénom ou raison sociale **MAIRIE**  
 Adresse **61 RUE DE LA REPUBLIQUE**  
**16560 AUSSAC-VADALLE** N° de Téléphone **0545206160**  
 Code postal

## L'ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

(le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)

Adresse  
 N° de Téléphone

Code postal

N° SIRET de l'établissement **21160024200013**

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime

RÉSERVÉ CPAM

## LA VICTIME

N° d'immatriculation **290121116613727** CPAMÀ défaut, sexe : **F** Date de naissance **30/12/1990**Nom et prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux) **LEONARD JENNIEER**Française ☒Nationalité C.E.E. ☐Autre ☐Adresse **5 RUE DE LA CROIX****16560 AUSSAC-VADALLE**  
Code postalDate d'embauche **01/03/2014**Profession **Adjointe Technique 2e classe**Qualification professionnelle **Employée**Ancienneté dans le poste **Un an et plus**L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI ☐ NON ☒

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN DU TRAVAIL

Nom, adresse **CDG 16 30 RUE DENIS PAPIN 16000 ANGOULEME**

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ARRET DE TRAVAIL

Date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle **25 08 2015** Accident du travail ☒Date du dernier jour de travail **25 08 2015** Motif de l'arrêt Maladie professionnelle ☐Date de reprise du travail Travail non repris à ce jour ☐

## SALAIRES DE REFERENCE (en euros) (en fonction de la date d'arrêt)

| A | SALAIRE DE BASE            |              |                 |               | ACCESSOIRES DU SALAIRE  |  |   |                      | FRAIS PROFES. |  |
|---|----------------------------|--------------|-----------------|---------------|---|--|---|----------------------|---------------|--|
|   | Date d'échéance de la paye | Période du   | au              | Montant brut  | Avantages en nature et pourboires non inclus dans le salaire brut de base | Indemnités, primes, gratifications versées avec le même salaire brut de base et non inclus dans celui-ci | Part salariale des cotisations à déduire sur colonnes 4, 5 et 6 | Soumis à cotisations | Déd. Sup. %   |  |
|   | <b>31/07/15</b>            | <b>01/07</b> | <b>31/07/15</b> | <b>732,54</b> |   |  | <b>131,79</b>   |                      |               |  |

B

Rappels de salaire et accessoires du salaire versés avec une périodicité différente de celle du salaire de base

| Date de versement | Période à laquelle se rapporte le versement | Montant brut | Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 12 |
|-------------------|---|--------------|---|
| 9                 | du 10 au 11                                 | 12           | 13  |
|                   |   |              |   |
|                   |   |              |   |
|                   |   |              |   |
|                   |   |              |   |

C

Cas où la période de référence n'a pas été entièrement accomplie

| Interruption du travail |              |                 | S'il s'agit d'une interruption autorisée                 |   | Part salariale des cotisations à déduire sur colonne 18 |
|-------------------------|--------------|-----------------|--|---|---|
| Motif                   | du           | au              | La victime a-t-elle bénéficié d'un maintien de salaire ? | Si la victime a subi une perte de salaire, indiquez le salaire brut perdu |   |
| 14                      | 15           | 16              | OUI 17 NON 18  |   | 19  |
| <b>AT</b>               | <b>25/08</b> | <b>31/08/15</b> | <input checked="" type="checkbox"/>                      |   |   |
|                         |              |                 | Si OUI, précisez :                                       |   |   |
|                         |              |                 | Intégral <input checked="" type="checkbox"/>             |   |   |
|                         |              |                 | Partiel <input type="checkbox"/>                         |   |   |

D

Salaire minimum des apprentis, des stagiaires ou des salariés de moins de 18 ans

Cas particuliers

pour les apprentis précisez le N° et la date du contrat

## DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation le salaire sera maintenu  
 du **26 08 2015** au **31 08 2015** Intégralement ☒ Partiellement ☐

N° compte postal ou bancaire employeur **30001 00129 616400000 29**et intitulé **BDF PARIS**Fait à **AUSSAC-VADALLE** le **03 09 2015**

Nom du signataire **LIOT Gerard, le Maire**  
 Qualité du signataire

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 471-3 du Code de la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal).  
 La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

J'autorise mon employeur à percevoir mes indemnités journalières pendant la période indiquée ci-contre

Signature de l'assuré(e)

Signature de l'employeur



DIAD S62021

# BULLETIN DE PAIE

COMMUNE D'AUSSAC-VADALLE  
61 DE LA REPUBLIQUE  
16560 AUSSAC VADALLE

Période : 1er Juillet au 31 Juillet 2015

Date de mise en paiement : 20/07/2015

Code NAF : 8411Z

Mlle LEONARD Jennifer  
5 RUE DE LA CROIX  
16560 AUSSAC VADALLE

N° SIRET : 21160024200013

N° URSSAF : 547000001330166896

Statut de la Fonction Publique Territoriale

Matricule : 44 N° sécurité sociale : 2901216166137-27 Date d'entrée dans la collectivité : 27 Mai 2011

Service : TECHNIQUE\_1

Statut : Contractuel

Emploi :

Echelle/Echelon : 03/01

Grade : Adjoint Technique 2ème Classe

Indice Brut : 340 au 01/01/2015

Bulletin de paie type: Non Titulaire Indiciaire

Indice Majoré : 321 Valeur du point annuel : 55,5635

| Ligne de paie                                    | Base     | Tx salarial | Mt salarial   | Tx patronal | Mt patronal |
|--|----------|-------------|---------------|-------------|-------------|
| Traitement indiciaire                            | 1 486,32 | 17,25/35    | 732,54        |             |             |
| <b>BRUT</b>                                      |          |             | <b>732,54</b> |             |             |
| Sécurité Sociale - Maladie                       | 732,54   | 0,75%       | 5,49          | 12,8%       | 93,77       |
| Sécurité Sociale - F.N.A.L.                      | 732,54   |             |               | 0,1%        | 0,73        |
| Sécurité Sociale - Allocations Familiales        | 732,54   |             |               | 5,25%       | 38,46       |
| Sécurité Sociale - Risque Vieillesse Plafonnée   | 732,54   | 6,85%       | 50,18         | 8,5%        | 62,27       |
| Sécurité Sociale - Risque Vieillesse Totalité    | 732,54   | 0,3%        | 2,20          | 1,8%        | 13,19       |
| Sécurité Sociale - Accident du Travail           | 732,54   |             |               | 1,7%        | 12,45       |
| Sécurité Sociale - Contribution Solidarité Auto. | 732,54   |             |               | 0,3%        | 2,20        |
| I.R.C.A.N.T.E.C. - Tranche A                     | 732,54   | 2,64%       | 19,34         | 3,96%       | 29,01       |
| C.N.F.P.T.                                       | 732,54   |             |               | 1%          | 7,33        |
| C.D.G.F.P.T                                      | 732,54   |             |               | 0,8%        | 5,86        |
| C.D.G.F.P.T additionnelle                        | 732,54   |             |               | 0,09%       | 0,66        |
| C.S.G. non imposable                             | 719,72   | 5,1%        | 36,71         |             |             |
| <b>Net Imposable</b>                             |          |             | <b>618,62</b> |             |             |
| C.S.G.   | 719,72   | -2,4%       | -17,27        |             |             |
| R.D.S.   | 719,72   | -0,5%       | -3,60         |             |             |

**NET A PAYER : 597,75 €**

|         | Brut     | Imposable | Net à payer | Cotisations |            | Heures |
|---------|----------|-----------|-------------|-------------|------------|--------|
|         |          |           |             | salariales  | patronales |        |
| Mensuel | 732,54   | 618,62    | 597,75      | 134,79      | 265,93     | 74,75  |
| Annuel  | 5 127,78 | 4 330,35  | 4 184,27    | 943,51      | 1 861,48   | 523,25 |

I.B.A.N : FR76 1240 6001 1954 9307 8360 906 - CRCAM CHARENTE PERIGORD - AG MONTIGNAC CHARENT

POUR FAIRE VALOIR VOS DROITS, CONSERVEZ CE BULLETIN SANS LIMITATION DE DUREE