santé
famille
retraite
services

ATTESTATION MENSUELLE POUR LES STAGIAIRES DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE REMUNEREE

Pour nous contacter :

-

-

-

-

Numéro de sécurité sociale ou MSA : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Pour nous permettre de calculer votre droit à l'AJPP et/ou au complément pour frais, vous devez nous retourner ce document complété et signé.

Votre Caisse de MSA

Attestation à compléter par vous-même

Pour le mois de |__|__| |__|__|__|__|

J'atteste sur l'honneur que l'état de santé de l'enfant _____ _____ ne m'a pas permis de suivre ma formation professionnelle : oui ☐ non ☐

Le montant des frais engagés pour l'état de santé de l'enfant _____ _____ s'élève à _____ €

Attestation à compléter par le formateur

Le formateur _____ atteste que pour le mois de |__|__| |__|__|__|__|, la formation de la personne désignée ci-dessus a été interrompue.

A _____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature et cachet

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L. 114-13 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal).
La MSA vérifie l'exactitude des déclarations.
La loi 78-17 du 06/01/1978 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 rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.