



MINISTERE DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI

CONSEILLER DU SALARIÉ

Demande de remboursement du salaire maintenu par l'employeur
(Article L1232-11 du Code du travail)

NOM ET PRENOM du conseiller du salarié :

MOIS ET ANNEE :

EMPLOYEUR DU CONSEILLER DU SALARIE :

Numéro SIRET :
Nom ou raison sociale de l'entreprise :
Adresse :
Personne à contacter :
Tél / Courriel :

HORAIRE DE TRAVAIL DU CONSEILLER : Deàet de.....à.....

En cas d'horaire variable, travail en équipe, indiquer l'heure de travail le jour de l'absence pour assistance d'un salarié

DUREE MENSUELLE DE L'ABSENCE : dans la limite de 15 heures par mois (article L 1232-8 du code du travail)

Durée totale de la ou les période(s) d'absence ayant donné lieu au maintien du salaire :heures..... (soit ... heures.....en centièmes)
M/Me s'est absenté(e) de l'entreprise de heures.....à.....heures,
indiquer l'heure de départ/ l'heure de retour au poste de travail)

Table with 4 columns: Montant du salaire maintenu (calcul en heures et centièmes), Montant des avantages maintenu, Charges sociales correspondantes, Montant du salaire maintenu à rembourser. Sub-headers A, B, C, A+B+C.

Fait à Le

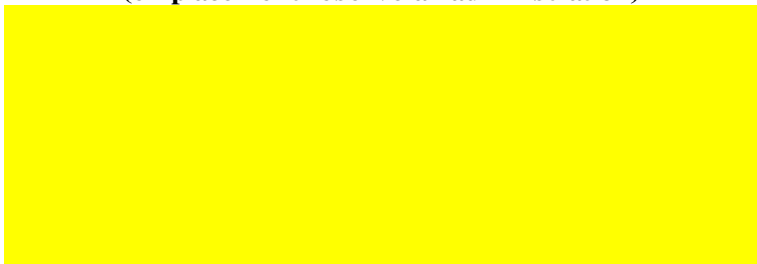
Signature du conseiller du salarié

Cachet de l'employeur
Signature de l'employeur

Arrête le présent état à la somme de [Yellow box]

Fait à, le

Certifié exact
(emplacement réservé à l'administration)



Pièces justificatives à joindre :

La ou les attestations des salariés bénéficiaires de l'assistance (en 1 seul exemplaire)

La copie du bulletin de salaire du conseiller pour le mois concerné (en 1 seul exemplaire) + un RIB pour la demande de paiement

Les parties jaunes seront complétées par l'administration