

**SECURITE SOCIALE**

Agence :  
Centre de Paiement :

**DECLARATION DE REPRISE OU DE  
NON REPRISE DE TRAVAIL**

L'employeur soussigné, déclare que l'assuré :

Nom : .....  
Prénoms : .....   
n° d'immatriculation

Né (e) le  à .....  
- ayant cessé le travail le   
(1) - a repris le travail le   
- n'a pas repris son travail à ce jour

Raison sociale et cachet de l'employeur .....  
Nom et qualité du signataire, .....  
fait à ..... le .....  
SIGNATURE,

**Déclaration sur l'honneur**

(à remplir par l'assuré lorsqu'il n'a pas repris son travail ou qu'il n'exerce aucune activité professionnelle).  
Je soussigné,

Nom : .....  
Prénoms : .....   
n° d'immatriculation

certifie sur l'honneur :  
- qu'en arrêt de travail depuis le  , je n'ai pas repris mon  
(1) travail à ce jour.  
- que je n'exerce aucune activité professionnelle.  
Fait à ..... le, .....

SIGNATURE,

(1) Rayer les mentions inutiles.