

**ATTESTATION DE PERTE DE PRIMES**

**UNION DEPARTEMENTALE DES SAPEURS POMPIERS DU CANTAL**

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	
<b>Nature de la prime :</b>	<b>Montant de la prime (NET) (Perte Réelle)</b>

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

**Signature de la victime**

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