

**CAISSE INTERPROFESSIONNELLE-DE CONGÉS PAYÉS DES A.M**  
**35, rue Pastorelli - 06000 NICE -Tél. 04 93 85 61 60 - Fax 04 93 62 37 61**

NOM ..... PRENOM .....  
Nom de Jeune Fille ..... N° SS .....  
Date de Naissance ..... Lieu Naiss : ..... CDI   
ADRESSE ..... CDD   
Matricule (si déjà affilié à la CICP) ..... Profession .....  
Date d'embauche ..... Date de sortie .....

**EXERCICE DU 01.04.200\_\_ AU 31.03.200\_\_**

Nombre de jours ou de mois travaillé pendant cette période de référence : .....  
pour un salaire brut total de : .....

**En cas d'absence, précisez**

Accident du travail du ..... au .....  
(JOINDRE CERFA N° 11137\*01)

Maternité du ..... au .....  
(JOINDRE CERFA N° 10542\*01)

Maladie du ..... au .....

SALAIRE MENSUEL (avant le départ en congés ou l'arrêt)   
**(JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU DERNIER BULLETIN DE SALAIRE)**

Caisse de Retraite Complémentaire .....

Part Patronale : ..... Part Salariale : .....

IPRIAC ..... FONGECFA .....

Congés payés du ..... au .....

Nombre-de jours demandés.   
(En jours ouvrables)

CHÈQUE  VIREMENT

Cachet et signature de l'Employeur Obligatoires

Cachet et signature de  
l'Employeur Obligatoires

**CE DOCUMENT DOIT ÊTRE ENVOYÉ À LA CICP AVANT LE DÉPART EN CONGE DU SALARIÉ OU  
AU MOMENT DE SON DÉPART DE L'ENTREPRISE.**