

Cachet de la MSA

VOLET DESTINÉ
A LA MSA

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ - Congé pathologique lié à la grossesse -

Remplir les cadres 1 - 2 - 3

Présenter ou adresser les 2 volets de cette demande à votre MSA qui transmettra immédiatement le second volet au service de remplacement conventionné.

Une aide au remplissage de ce formulaire peut vous être apportée soit :

- par votre MSA,
- par le service de remplacement.

(1) À REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'immatriculation :

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE (s'il y a lieu) :

PRÉNOM :

Adresse :

Département : Localité :

Code postal : Tél. où l'assurée peut être jointe :

(2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux à effectuer dans l'exploitation ou l'entreprise agricole correspondant à votre activité habituelle au moment du congé :

.....
.....
.....

Estimation du temps de travail consacré à ces travaux { heures par jour
..... jours par semaine
..... jours par mois

(3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité Durée de l'interruption d'activité

(4) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REMPLACEMENT

Adresse de la fédération départementale ou du service de remplacement conventionné :

Je soussignée
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Je m'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée du congé pathologique.

À : le :
Signature

Cachet de la MSA

VOLET DESTINÉ
AU SERVICE DE
REMPLACEMENT

DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT MATERNITÉ - Congé pathologique lié à la grossesse -

Remplir les cadres 1 - 2 - 3

(1) À REMPLIR PAR L'ASSURÉE

N° d'immatriculation :

NOM DE FAMILLE :

NOM D'USAGE (s'il y a lieu) :

PRÉNOM :

Adresse :

Département : Localité :

Code postal : Tél. où l'assurée peut être jointe :

(2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux à effectuer dans l'exploitation ou l'entreprise agricole correspondant à votre activité habituelle au moment du congé :

.....

.....

.....

Estimation du temps de travail consacré à ces travaux

} heures par jour
} jours par semaine
} jours par mois

(3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité | Durée de l'interruption d'activité

Je soussignée
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Je m'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée du congé pathologique.

À : le :
Signature