



ATTESTATION D'ACTIVITE (à compléter par l'assuré)

Je soussigné(e) (*nom et prénom*) : matricule n°

Atteste sur l'honneur qu'à la date des soins :

J'ai exercé mon activité professionnelle chez l'(les) employeur(s) :

.....
.....

J'ai interrompu mon travail le
pour le motif suivant
(*démission, licenciement, maladie, maternité, congés sans solde, etc.*)

Dans les deux cas, indiquer le nombre d'heures effectuées au cours du mois précédant la date des soins.....

Je perçois une indemnisation, rente ou pension, au titre de :

(cocher la ou les case(s) correspondant à votre situation)

Chômage

Invalidité

Retraite

Accident
du travail

Autre situation

Je certifie exacts les renseignements portés sur la présente attestation.

Fait à le

Signature de l'assuré(e)