Nom et Prénom du salarié :

N° sécurité sociale :

DATE DE L'ARRET		MOTIF DE L'ARRET	CPAM						PREVOYANCE CHORUM						SALAIRE PERCU PAR LE SALARIE	IJ PERCU PAR L'EMPLOYEUR	SOLDE DU	COMMENTAIRES
DEBUT	FIN		Taux journalier	Date de début d'indemnisation	Date de fin d'indemnisation	Nombre de jours indemnisés	MONTANT VERSE	Justificatif de versement	Taux journalier	Date de début d'indemnisation	Date de fin d'indemnisation	Nombre de jours indemnisés	MONTANT VERSE	Justificatif de versement				
						1,00	0					1,00	0		0,00	0,00	0,00	
						1,00	0					1,00	0		0,00	0,00	0,00	
						1,00	0					1,00	0		0,00	0,00	0,00	
						1,00	0					1,00	0		0,00	0,00	0,00	
						1,00	0					1,00	0		0,00	0,00	0,00	
						1,00	0					1,00	0		0,00	0,00	0,00	
						1,00	0					1,00	0		0,00	0,00	0,00	