



**DEMANDE INDIVIDUELLE D'AIDE AUX TRAVAILLEURS PARTIELLEMENT PRIVÉS DE TRAVAIL  
PENDANT LA FERMETURE DE L'ENTREPRISE POUR CONGÉS PAYÉS**

(art. R. 351-52 du Code du travail)

formulaire à remplir par le salarié et à remettre à l'employeur qui l'adressera à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

nom du salarié \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_  
numéro nom de la voie (rue, lieudit...)

\_\_\_\_\_ commune

\_\_\_\_\_ code postal bureau distributeur

identité de l'entreprise ou de l'établissement employeur \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_  
numéro nom de la voie (rue, lieudit...)

\_\_\_\_\_ commune

\_\_\_\_\_ code postal bureau distributeur

n° SIRET \_\_\_\_\_ date d'entrée chez l'employeur actuel \_\_\_\_\_

**QUELLES ONT ÉTÉ VOS ACTIVITÉS AU COURS DE LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ALLANT :**

**DU 1<sup>er</sup> JUIN de l'année précédente (ou du 1<sup>er</sup> avril pour le bâtiment)**

**À LA DATE D'ENTRÉE chez votre employeur actuel (cochez ci-dessous les cases correspondantes)**

autre(s) emploi(s)

DU	AU	noms et adresses de vos employeurs précédents durant cette période de référence (utilisez une ligne blanche et une ligne tramée pour chaque employeur)	nombre de jours de congés payés obtenus chez chaque employeur
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

nombre **total** de jours de congés payés attribués  
au titre du travail effectué pendant cette période

\_\_\_\_\_

- chômage (joindre avis de prise en charge) du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- service national du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- maladie du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- maternité/accident de travail du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- études – formation professionnelle du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- autres cas (préciser) : \_\_\_\_\_

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus sous peine des sanctions prévues par l'article L. 365-1 du Code du travail.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ signature du demandeur :



**DEMANDE INDIVIDUELLE D'AIDE AUX TRAVAILLEURS PARTIELLEMENT PRIVÉS DE TRAVAIL  
PENDANT LA FERMETURE DE L'ENTREPRISE POUR CONGÉS PAYÉS**

(art. R. 351-52 du Code du travail)

formulaire à remplir par le salarié et à remettre à l'employeur qui l'adressera à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

nom du salarié \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_  
numéro nom de la voie (rue, lieudit...)

\_\_\_\_\_ commune

\_\_\_\_\_ code postal bureau distributeur

identité de l'entreprise ou de l'établissement employeur \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_  
numéro nom de la voie (rue, lieudit...)

\_\_\_\_\_ commune

\_\_\_\_\_ code postal bureau distributeur

n° SIRET \_\_\_\_\_ date d'entrée chez l'employeur actuel \_\_\_\_\_

**QUELLES ONT ÉTÉ VOS ACTIVITÉS AU COURS DE LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ALLANT :**

**DU 1<sup>er</sup> JUIN de l'année précédente (ou du 1<sup>er</sup> avril pour le bâtiment)**

**À LA DATE D'ENTRÉE chez votre employeur actuel (cochez ci-dessous les cases correspondantes)**

autre(s) emploi(s)

DU	AU	noms et adresses de vos employeurs précédents durant cette période de référence (utilisez une ligne blanche et une ligne tramée pour chaque employeur)	nombre de jours de congés payés obtenus chez chaque employeur
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

nombre **total** de jours de congés payés attribués  
au titre du travail effectué pendant cette période

\_\_\_\_\_

chômage (joindre avis de prise en charge) du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

service national du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

maladie du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

maternité/accident de travail du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

études – formation professionnelle du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

autres cas (préciser) : \_\_\_\_\_

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus sous peine des sanctions prévues par l'article L. 365-1 du Code du travail.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ signature du demandeur :