Ministère de l'emploi
et de la solidarité

Direction départementale du travail,
de l'emploi et de la formation professionnelle

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES ALLOCATIONS VERSÉES AUX SALARIÉS NE POUVANT PAS BÉNÉFICIER DE LA TOTALITÉ DES CONGÉS PAYÉS

(art. R. 351-20 du Code du travail)

cerfa N° 61-2167

CP 06

**à établir par l'employeur en 3 exemplaires et à adresser en 2 exemplaires à l'inspection du travail chargée du contrôle de l'établissement**

APRÈS AVOIR EFFECTUÉ LE PAIEMENT AUX BÉNÉFICIAIRES

raison sociale (telle qu'elle figure au registre du commerce ou des métiers) _____ n° de téléphone _____

adresse _____ (numéro) _____ (voie (rue, lieudit...))

numéro de compte _____

_____ (commune)

centre de CCP _____

ou

_____ (code postal) _____ (bureau distributeur)

Banque et agence _____

_____

| nom - prénom 1 | durée de fermeture de l'entreprise en jours ouvrables (samedis inclus) 2 | nombre de jours de congés dont a bénéficié le salarié | | nombre de jours à indemniser col. 2 – (3 + 4) 5 | montant des allocations versées par salarié col. 5 × taux de l'allocation journalière ci-dessus 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | chez l'employeur actuel 3 | chez les employeurs précédents 4 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

nombre de liasses utilisées ____

TOTAL GÉNÉRAL ☐ OU TOTAL À REPORTER ☐
(cochez la case correspondante)

l'employeur soussigné atteste de la réalité des paiements effectués aux bénéficiaires figurant sur la demande de remboursement sous peine des sanctions prévues par l'article 22 II de la loi 68-690 du 31.07.68.

fait le . . à . .

signature de l'employeur ou de son représentant

cachet de l'établissement

VU

à _____ le _____

l'inspecteur du travail de la _____ section

arrêté et liquidé le présent état à la somme de : _____

à _____ le _____

le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (signature et cachet)

certifié exact

à _____ le _____

l'ordonnateur (signature et cachet)

Effacer

Ministère de l'emploi
et de la solidarité

Direction départementale du travail,
de l'emploi et de la formation professionnelle

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES ALLOCATIONS VERSÉES AUX SALARIÉS NE POUVANT PAS BÉNÉFICIER DE LA TOTALITÉ DES CONGÉS PAYÉS

(art. R. 351-20 du Code du travail)

cerfa N° 61-2167

CP 06

**à établir par l'employeur en 3 exemplaires et à adresser en 2 exemplaires à l'inspection du travail chargée du contrôle de l'établissement**

APRÈS AVOIR EFFECTUÉ LE PAIEMENT AUX BÉNÉFICIAIRES

raison sociale (telle qu'elle figure au registre du commerce ou des métiers) _____ n° de téléphone _____

adresse _____ (numéro) _____ (voie (rue, lieudit...)) numéro de compte _____

_____ (commune) centre de CCP _____

ou

_____ (code postal) _____ (bureau distributeur) Banque et agence _____

_____

| nom - prénom 1 | durée de fermeture de l'entreprise en jours ouvrables (samedis inclus) 2 | nombre de jours de congés dont a bénéficié le salarié | | nombre de jours à indemniser col. 2 – (3 + 4) 5 | montant des allocations versées par salarié col. 5 × taux de l'allocation journalière ci-dessus 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | chez l'employeur actuel 3 | chez les employeurs précédents 4 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

nombre de liasses utilisées _____

TOTAL GÉNÉRAL ☐ OU TOTAL À REPORTER ☐
(cochez la case correspondante)

l'employeur soussigné atteste de la réalité des paiements effectués aux bénéficiaires figurant sur la demande de remboursement sous peine des sanctions prévues par l'article 22 II de la loi 68-690 du 31.07.68.

fait le _____ à _____

signature de l'employeur ou de son représentant

cachet de l'établissement

VU

à _____ le _____

l'inspecteur du travail de la _____ section

arrêté et liquidé le présent état à la somme de : _____

à _____ le _____

le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (signature et cachet)

certifié exact

à _____ le _____

l'ordonnateur (signature et cachet)



VOLET DESTINÉ À LA D.D.T.E. F.P.

Ministère de l'emploi
et de la solidarité

Direction départementale du travail,
de l'emploi et de la formation professionnelle

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES ALLOCATIONS VERSÉES AUX SALARIÉS NE POUVANT PAS BÉNÉFICIER DE LA TOTALITÉ DES CONGÉS PAYÉS

(art. R. 351-20 du Code du travail)

cerfa N° 61-2167

CP 06

**à établir par l'employeur en 3 exemplaires et à adresser en 2 exemplaires à l'inspection du travail chargée du contrôle de l'établissement**

APRÈS AVOIR EFFECTUÉ LE PAIEMENT AUX BÉNÉFICIAIRES

raison sociale (telle qu'elle figure au registre du commerce ou des métiers) _____ n° de téléphone _____

adresse _____ (numéro) _____ (voie (rue, lieudit...)) numéro de compte _____

_____ (commune) centre de CCP _____

ou

_____ (code postal) _____ (bureau distributeur) Banque et agence _____

_____

| nom - prénom 1 | durée de fermeture de l'entreprise en jours ouvrables (samedis inclus) 2 | nombre de jours de congés dont a bénéficié le salarié | | nombre de jours à indemniser col. 2 – (3 + 4) 5 | montant des allocations versées par salarié col. 5 × taux de l'allocation journalière ci-dessus 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | chez l'employeur actuel 3 | chez les employeurs précédents 4 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

nombre de liasses utilisées _____ TOTAL GÉNÉRAL ☐ OU TOTAL À REPORTER ☐ (cochez la case correspondante)

l'employeur soussigné atteste de la réalité des paiements effectués aux bénéficiaires figurant sur la demande de remboursement sous peine des sanctions prévues par l'article 22 II de la loi 68-690 du 31.07.68.

fait le . . à . .

signature de l'employeur ou de son représentant

cachet de l'établissement

VU

à _____ le _____

l'inspecteur du travail de la _____ section

arrêté et liquidé le présent état à la somme de : _____

à _____ le _____

le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (signature et cachet)

certifié exact

à _____ le _____

l'ordonnateur (signature et cachet)



VOLET À CONSERVER PAR L'EMPLOYEUR