



**BUREAU DE GUADELOUPE**  
 B.P. 459 - 97183 ABYMES  
 N°S.S: 314 047 127 0043 - N°ASSEDIC: 66 107521.2

**BUREAU DE GUYANE**  
 B.P. 842 - 97339 CAYENNE  
 N°S.S: 973 101 015 4559 - N°ASSEDIC: 104070.0

**BUREAU DE MARTINIQUE**  
 CS 90811 - 97244 FORT-DE-FRANCE CEDEX  
 N°S.S: 340 972 090 031 - N°ASSEDIC: 110854.03

# DEMANDE DE PAIEMENT SOLDE DES CONGES

**A déposer 1 MOIS avant la date départ**

N° Dossier :	Congés :
Adhérent :	

Nom :	Prénom :
-------	----------

Adresse (à corriger si changement) :


Informations bancaires connues (joindre un nouveau RIB si différent) :

IBAN	BIC	Domiciliation

	Principal	5 <sup>ème</sup> semaine	Anc./Frac./Divers
Situation de Congés au			

Date départ définitif de l'entreprise	__/__/__	Motif		N° Adhérent (si différent)	
---------------------------------------	----------	-------	--	----------------------------	--

L'employeur certifie que le salarié prendra ses congés aux dates suivantes :

	Date de départ 1 <sup>er</sup> jour de congés	Nombre de jours	Principal	5 <sup>ème</sup> semaine	Anc./Frac./ Divers
1	___/___/___				
2	___/___/___				
3	___/___/___				

Dernier Taux  
Horaire / Mensuel  
  
 Avant départ en congé  
 Métier  
 Qualification

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Cachet et Signature de l'entreprise

Signature pour accord du salarié