

---

**ATTESTATION DE SALAIRES  
POUR L'INCAPACITE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL  
(A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR)**

---

**Réf : CONVENTION D'ASSURANCE N° 2858**

**Dossier de :**

Nous soussignés .....attestons que notre employé(é) cité(é)  
ci-dessus a perçu pour son activité à temps partiel thérapeutique pour ce mois de :

→ un salaire brut à temps partiel thérapeutique pour la période du..... au.....d'un  
montant de : .....

→ ce salaire brut pour un emploi à temps complet pour la même période du ..... au .....  
aurait été d'un montant de : .....

**Joindre à cette attestation, par mois :**

- **une copie des volets de paiement des indemnités journalières de la C.R.P.C.E.N.**
- **une copie du bulletin de salaire du mois concerné.**

**Cette attestation conditionne le montant des indemnités journalières dues à votre  
collaborateur**

Fait à

Le

Signature et cachet de l'étude

Attestation à retourner à l'adresse suivante :

**LSN BYHÉLIUM**  
4, rue Léon Patoux – CS 60007  
51686 REIMS Cedex 2  
[prevoyance@lsnbyhelium.com](mailto:prevoyance@lsnbyhelium.com)