



**AJPP - Attestation Mensuelle
pour les stagiaires de la formation professionnelle
rémunérée**

À retourner complété et signé à votre caisse MSA

Nom : Prénom :

Numéro de Sécurité sociale (ou MSA) : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

à compléter par l'organisme de formation

Le formateur
atteste que la personne désignée ci-dessus a suspendu sa formation pour le mois de | | | | | | | | | |.

Signature et cachet de l'organisme de formation

Fait à le

à compléter par vous-même

Pour le mois de | | | | | | | | | |, j'atteste m'être occupé(e) de mon enfant _____
_____ gravement malade, accidenté ou handicapé pendant ___ jours.

Le montant des frais engagés par l'état de santé de l'enfant _____
s'élève à _____ €

Fait à Le Signature :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L. 114-13 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal). La MSA vérifie l'exactitude des déclarations.

Pour autant vous avez droit à l'erreur, oubli d'un justificatif ou d'un signalement de changement de situation ? La loi pour un Etat au service d'une société de confiance (ESSOC) vous offre la possibilité de rectifier une erreur si elle est commise de bonne