

Agence : \_\_\_\_\_ وكالة : \_\_\_\_\_  
Centre de paiement : \_\_\_\_\_ مركز الدفع : \_\_\_\_\_

هوية رب العمل

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ الاسم و اللقب : \_\_\_\_\_  
ou n° de l'adhérent \_\_\_\_\_ رقم المنخرط أو \_\_\_\_\_  
Raison sociale : \_\_\_\_\_ الطبيعة الاجتماعية : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ العنوان : \_\_\_\_\_

هوية الأجير

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

Nom : \_\_\_\_\_ الاسم : \_\_\_\_\_  
n° d'immatriculation \_\_\_\_\_ رقم التسجيل \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ اللقب : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ بـ : \_\_\_\_\_ تاريخ الازدياد : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ العنوان : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ المهنة : \_\_\_\_\_

المعلومات الضرورية لدراسة الحقوق

RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES POUR L'ÉTUDE DES DROITS

Date de recrutement : \_\_\_\_\_ تاريخ التوظيف : \_\_\_\_\_  
Date du dernier jour de travail : \_\_\_\_\_ تاريخ آخر يوم عمل : \_\_\_\_\_  
Date de reprise de travail : \_\_\_\_\_ تاريخ استئناف العمل : \_\_\_\_\_  
L'intéressé(e) n'a pas repris son travail à ce jour : \_\_\_\_\_ المعني(ة) بالامر لم يستأنف العمل الى يومنا هذا : \_\_\_\_\_

في حالة التوقف عن العمل لمدة تقل عن 6 أشهر أو في حالة الأمومة

EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

D'UNE DURÉE INFÉRIEURE À 06 MOIS ET EN CAS DE MATERNITÉ

L'assuré(e) a travaillé pendant : \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_ ساعة \_\_\_\_\_ يوما \_\_\_\_\_  
du : \_\_\_\_\_ الى : \_\_\_\_\_  
من : \_\_\_\_\_  
au cours des 03 mois ou des 12 mois de date à date précédant \_\_\_\_\_ خلال (3) الثلاثة أشهر أو اثني (12) عشر شهرا من التاريخ  
la constatation de la maladie ou de la grossesse. \_\_\_\_\_ الى التاريخ الذي سبق معاينة المرض أو الحمل.

في حالة التوقف عن العمل أكثر من 6 أشهر أو في حالة العجز

EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

DÉPASSANT 06 MOIS OU EN CAS D'INVALIDITÉ

L'assuré(e) a travaillé pendant : \_\_\_\_\_ jours \_\_\_\_\_ heures \_\_\_\_\_ ساعة \_\_\_\_\_ يوما \_\_\_\_\_  
du : \_\_\_\_\_ الى : \_\_\_\_\_  
من : \_\_\_\_\_  
au cours des 12 mois ou des 03 années précédant \_\_\_\_\_ خلال اثني عشر (12) شهرا أو (3) الثلاث سنوات التي  
la constatation de la maladie. \_\_\_\_\_ سبقت معاينة المرض.

طبقاً لدفتر الحساب يؤخذ مبلغ الاجور المقبوضة و الفترات المناسبة في الجدول التالي : (1)

Conformément au livre de paie, le montant des salaires perçus et les périodes correspondantes sont portés sur le tableau ci-après : (1).

الشهر و السنة اللذان يؤخذان كمرجع Mois et année de référence	عدد الايام المعمول بها Nombre de jours travaillés	سبب الغيابات Motif absences	الاجر الخاضع للاشتراك Salaire soumis à cotisations (1)	مبلغ الاشتراك (حصة العامل) Montant de la cotisation (part ouvrière)

حرر بـ : \_\_\_\_\_ , Le : \_\_\_\_\_ في : \_\_\_\_\_

إسم و لقب و صفة الموقع : \_\_\_\_\_

du signataire : \_\_\_\_\_

ختم صاحب العمل ، Cachet de l'employeur

الامضاء ، Signataire ,

(1) Indiquer les salaires tels qu'ils figurent sur les fiches de paie correspondantes

- au mois précédant l'arrêt de travail, en cas de maladie, de maternité, ou de décès,
- aux 12 mois précédant l'arrêt de travail, en cas d'invalidité,
- aux 12 mois précédant l'accident de travail.

(1) أذكر الاجور كما هي مبينة في بطاقة الأجر الموافقة لـ :

- خلال الشهر الذي يلي التوقف عن العمل. في حالة مرض، أمومة، أو وفاة.
- خلال 12 شهرا التي تلي التوقف عن العمل في حالة العجز.
- خلال 12 شهرا التي تلي حادث العمل.

**IMPORTANT :** La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

هام : كل شخص يقوم بتزوير أو يدلي بتصريحات غير صحيحة يعاقب من طرف القانون.