

Numéro de décompte :

.

Année de décompte :
Attestation des salaires
Nom de l'établissement :

	Nom, Prénom de l'assuré(e)	Numéro AVS	Date de naissance	Sexe	Période d'activité durant l'année de décompte		Salaire brut AVS durant l'année de décompte	Allocations familiales	Sortie Oui/Non
					du	au			
1				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
2				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
3				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
4				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
5				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
6				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
7				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
8				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
9				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
10				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
11				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
12				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
13				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
14				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
15				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
16				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
17				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
18				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
19				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
20				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H					<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Total									