



## DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT PATERNITÉ

Remplir les cadres 1 - 2 - 3

Présenter ou adresser les 2 volets de cette demande 30 jours au plus tard avant la date prévue pour votre interruption d'activité, à votre organisme assureur AMEXA qui transmettra le second volet immédiatement au service de remplacement conventionné.

Si ce service de remplacement ne vous indique pas dans les 15 jours suivant le dépôt de la présente demande s'il pourvoit ou non à votre remplacement, contacter rapidement votre organisme assureur AMEXA.

### (1) A REMPLIR PAR L'ASSURÉ

N° d'identification :	<input type="text"/>		
NOM :	<input type="text"/>		
PRÉNOM :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>		
Département :	<input type="text"/>	Localité :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	Tél. où l'assuré peut être joint :	<input type="text"/>

### (2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux effectués dans l'exploitation ou l'entreprise agricole		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Temps consacré à ces travaux	}	<input type="text"/> heures par jour
		<input type="text"/> jours par semaine
		<input type="text"/> jours par mois

### (3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité <input type="text"/>	Durée de l'interruption d'activité <input type="text"/>
--	--

### (4) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REMPLACEMENT

Adresse de la fédération départementale ou du service de remplacement conventionné :
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Je soussigné   
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Je m'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée du congé de paternité.

A  le   
Signature



## DEMANDE D'ALLOCATION DE REMPLACEMENT PATERNITÉ

Remplir les cadres 1 - 2 - 3

Présenter ou adresser les 2 volets de cette demande 30 jours au plus tard avant la date prévue pour votre interruption d'activité, à votre organisme assureur AMEXA qui transmettra le second volet immédiatement au service de remplacement conventionné.

Si ce service de remplacement ne vous indique pas dans les 15 jours suivant le dépôt de la présente demande s'il pourvoit ou non à votre remplacement, contacter rapidement votre organisme assureur AMEXA.

### (1) A REMPLIR PAR L'ASSURÉ

N° d'identification :	[ ] [ ]		
NOM :	_____		
PRÉNOM :	_____		
Adresse :	_____		
Département :	_____	Localité :	_____
Code postal :	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Tél. où l'assuré peut être joint :	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### (2) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ EXERCÉE

Description des travaux effectués dans l'exploitation ou l'entreprise agricole		
_____		
_____		
_____		
Temps consacré à ces travaux	}	_____ heures par jour
		_____ jours par semaine
		_____ jours par mois

### (3) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

Date du premier jour d'interruption d'activité _____	Durée de l'interruption d'activité _____
---	---

Je soussigné \_\_\_\_\_  
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.

Je m'engage à cesser toute activité et à me faire remplacer sur l'exploitation ou l'entreprise pendant la durée du congé de paternité.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature