

Les informations recueillies dans ce document sont destinées à la constitution de votre dossier relatif au contrat de sécurisation professionnelle. Elles peuvent faire l'objet d'une communication aux autres organismes de protection sociale. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, auprès du Directeur de Pôle emploi, d'un droit d'accès et de rectification des informations à caractère personnel qui vous concernent. Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement informatisé de ces données.

27 FEV. 2026
Reçu le :
Salariés



INFORMATION
POUR LE SALARIÉ
ANNEXE
→ FICHE 1

Bulletin d'acceptation et récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle

- Vous devez remettre le récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle (volet 2) dûment rempli à votre employeur dès réception des documents d'information.
- Que vous acceptiez ou que vous refusiez la proposition de contrat de sécurisation professionnelle, remettez à votre employeur le bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle dûment signé (volet 1) avant l'expiration du délai de réflexion.
- En cas d'acceptation du CSP, vous devez en outre remplir le volet 3 du présent document
- En cas d'acceptation du CSP, fournir la copie de votre pièce d'identité ou du titre en tenant lieu (titre de séjour ...)

VOLET 1

À remplir par le salarié et à compléter par l'employeur qui le transmettra au Pôle emploi

PCE SERVICES N° 107151

Bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e),

Nom du salarié LAROCHE

Prénom(s) du salarié Juline

NIR 2 9 7 0 6 8 8 1 6 0 3 9 2 9 1

déclare, après avoir pris connaissance des informations contenues dans le document qui m'a été remis, accepter le contrat de sécurisation professionnelle et souhaite recevoir une demande d'allocation de sécurisation professionnelle.

Date de remise au salarié du document "information pour le salarié", accompagné de cette fiche 1 7 0 2 2 0 2 6

Date de fin du délai de réflexion, **21 jours*** après la remise des documents ** 1 0 1 0 3 1 2 0 2 6

(ex : remise du document le 1^{er} septembre - Fin du délai de réflexion : le 22 septembre)

Je refuse le contrat de sécurisation professionnelle***.

N° SIRET de l'entreprise : 5 3 0 1 9 4 0 0 0

Date et signature du salarié :

A NEULISE

le 2 5 0 2 2 0 2 6

Signature du salarié

Cachet de l'entreprise
MJ synergie
MANDATAIRES COORDINATEURS
Fabrice CHRÉTIEN
8, rue Jacques Desgeorges - 42000 ST-ETIENNE
Tél. 04 77 41 43 73 - Le Matin de 10h à 12h
Fax : 04 77 41 69 22
fc-salariés@mj-synergie.eu

* Le délai de 21 jours court à compter du lendemain de la remise des documents. Pour les salariés dont le licenciement est soumis à autorisation, ce délai est prolongé jusqu'au lendemain de la date de notification à l'employeur de la décision de l'autorité administrative.

** Pour les salarié(e)s en congé de maternité, ce document peut être remis au plus tard au lendemain de la fin du congé de maternité légal.

*** En cas de refus, merci d'adresser le présent bulletin à Pôle emploi.

VOLET 2

À remplir par le salarié

envoyé avec lettre de licenciement

Récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e),

Nom du salarié LAROCHE

Prénom(s) du salarié Juline

NIR 2 9 7 0 6 8 8 1 6 0 3 9 2 9 1

reconnais avoir reçu un document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle m'indiquant que je dispose d'un délai de réflexion de 21 jours* après la remise des documents** pour faire connaître ma réponse et qu'en cas d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle, mon contrat de travail sera rompu au terme de ce délai de réflexion de 21 jours*.

A NEULISE

le 2 5 0 2 2 0 2 6

* Le délai de 21 jours court à compter du lendemain de la remise des documents. Pour les salariés dont le licenciement est soumis à autorisation, ce délai est prolongé jusqu'au lendemain de la date de notification à l'employeur de la décision de l'autorité administrative.

** Pour les salariés en congé de maternité, ce document peut être remis au plus tard au lendemain de la fin du congé de maternité légal.

Signature du salarié

À remettre à votre employeur.

RECTO

Bulletin d'acceptation et récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle

À compléter en cas d'acceptation du CSP.

Ces éléments sont retournés avec une copie de la pièce d'identité ou du titre de séjour à l'employeur qui les transmettra au Pôle emploi.

VOLET 3

Bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e),

Nom de naissance : LAROCHE

Prénom : Julime

Nom d'usage :

NIR 297068816039291

Date de naissance : 22/06/1997

Lieu de naissance : EPINAL

Marié(e) Partenaire PACS Concubin(e) Célibataire Veuf(ve) Séparé(e)/Divorcé(e)

Enfants à charge : 00

Téléphone fixe : _____

Adresse mail : julimelaroche@gmail.com

Téléphone mobile : 07 82 93 44 79

Demeurant : 455 chemin vieux

42590 NEULISE

Déclare

- Être licencié pour motif économique ou suite à une liquidation ou un redressement judiciaire OUI NON
- Être bénéficiaire d'un contrat à durée indéterminée OUI NON
- Avoir exercé une activité salariée d'au moins 4 mois dans les mois précédents OUI NON
- Être physiquement apte à l'exercice d'un emploi OUI NON
- Avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite (âge et nombre de trimestres) OUI NON
- Être bénéficiaire d'une retraite anticipée pour carrière longue, pour travailleur handicapé ou pour incapacité permanente OUI NON
- Être un salarié protégé OUI NON
- Être en congé maternité OUI NON

A NEULISE

le 25/02/2026

Signature du salarié



Demande d'allocation de sécurisation professionnelle

1 | Votre état civil et situation familiale

M. Mme Nom de naissance LAROCHE
Prénom : Julime
Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) : /
Né(e) le : 22 06 1997 à : EPINAL
Nationalité : FRANÇAISE
 Marié(e) Partenaire PACS Concubin(e) Célibataire Veuf(ve) Séparé(e)/Divorcé(e)
Nombre d'enfant(s) à charge : 0 0
N° Sécurité sociale (NIR) : 2 9 7 0 6 8 8 1 6 0 3 9 2 9 1
Autre régime : _____

2 | Votre adresse

N° : 4 5 5 Voie : Chemim vieux
(bât., esc., ...) : _____
Code postal : 4 2 5 9 0 Commune : NEULISE Tél. : 0 7 8 2 9 3 4 4 7 9
e-mail : julimelaroche@gmail.com Tél. portable : 0 7 8 2 9 3 4 4 7 9
Acceptez-vous de recevoir de la part de Pôle emploi ? des SMS OUI NON des e-mails OUI NON

3 | Domiciliation fiscale

Êtes-vous, au titre de la dernière année fiscale, domicilié fiscalement à l'étranger ? OUI NON
Si oui, indiquez la date à laquelle vous avez transféré votre résidence en France ? _____

4 | Précédentes demandes d'allocations chômage

Avez-vous déposé une demande d'allocations, depuis moins de 5 ans, auprès d'un site de Pôle emploi ou d'un organisme public ? OUI NON
Si OUI, quel site (ou quel organisme) ? _____
Joignez une photocopie du dernier avis de paiement ou de la notification de décision.

Les données à caractère personnel recueillies dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à votre inscription comme demandeur d'emploi, à l'étude de vos droits à l'assurance chômage, à la définition et au suivi de votre projet personnalisé d'accès à l'emploi. Ces données sont mises à disposition : des services de l'Etat, des collectivités territoriales, des partenaires et prestataires de Pôle emploi, concourant à votre reclassement et à votre recherche d'emploi, soit dans un dossier dématérialisé dénommé dossier unique du demandeur d'emploi (DUDE) soit par convention de transfert de données. Elles sont communiquées à des organismes de protection sociale afin d'une part de garantir vos droits sociaux et d'autre part d'éviter des cumuls indus de prestations sociales. Elles font l'objet d'un rapprochement avec des données contenues dans le fichier Altarès ayant pour finalité l'agrégation et la diffusion d'annonces légales relatives à l'exercice d'un mandat social. Si vous êtes bénéficiaire du RSA les données relatives à votre inscription sur la liste sont communiquées au président du conseil général de votre département à des fins de suivi et de contrôle de vos droits et devoirs. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre agence de Pôle emploi en application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative aux fichiers à l'informatique et aux libertés. Votre demande peut être effectuée sur place ou par courrier en justifiant de votre identité. Le droit d'opposition ne s'applique pas à la collecte des données obligatoires.

Reportez ici votre nom, votre prénom
et votre numéro de sécurité sociale (NIR) :

Nom : LAROCHE

Prénom : Julime

NIR : 2 9 7 0 6 8 8 1 6 0 3 9 2 9 4
clé

5 Renseignements relatifs à votre activité

INDIQUEZ TOUTES VOS ACTIVITÉS DEPUIS 3 ANS (Joignez une feuille séparée si nécessaire)

Périodes d'emploi

dernier emploi

du 01 12 2019 au 18 02 2026

avant-dernier emploi

du _____ au _____

• Si votre avant-dernier employeur était une collectivité territoriale ou un établissement public administratif (exemples : mairie, hôpital public...), étiez-vous ? titulaire non-titulaire

emplois précédents

du _____ au _____

Vos employeurs

Joignez les originaux de toutes les attestations destinées à Pôle emploi qui vous ont été remises par ces employeurs

Autres périodes

stages, formation

du 08 04 2019 au 01 12 2019

photocopie des certificats de fin de stage ou de formation

arrêt-maladie, congé de maternité accident de travail ou invalidité

du _____ au _____

attestation Sécurité sociale (formule 3316)

du _____ au _____

chômage

du _____ au _____

photocopie des notifications de décision si vous avez été indemnisé(e) par un autre site de Pôle emploi ou une ex-Assédic

congé parental d'éducation ou de présence parentale

du _____ au _____

attestation de l'employeur

bénéficiaire de l'allocation journalière de présence parentale ou de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PréPare) ou du complément de libre choix d'activité de la PAJE

du _____ au _____

attestation de la Caisse d'Allocations Familiales

Joignez le document demandé en face de chaque catégorie

6 Étiez-vous au titre de votre dernier emploi ?

- Associé, mandataire, dirigeant (administrateur, PDG, gérant, etc.) de société commerciale ou civile, de groupement ou d'association
- Artisan, commerçant, membre d'une profession libérale
- Conjoint du chef d'entreprise

OUI NON

Si OUI, Pôle emploi prendra contact avec vous.

Reportez ici votre nom, votre prénom
et votre numéro de sécurité sociale (NIR) :

Nom : LAROCHE

Prénom : Julime

NIR : 297068816039294

7 | Votre situation actuelle

- Êtes-vous en arrêt-maladie, congé de maternité ou accident de travail, pris(e) en charge par la Sécurité sociale ou la MSA (au titre des indemnités journalières) ? OUI NON
- Êtes-vous bénéficiaire du complément de libre choix d'activité de la PAJE ? ou de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PréPare) ? (ou de l'allocation journalière de présence parentale) OUI NON
Si OUI, précisez : à taux plein à taux partiel
- Exercez-vous une autre activité professionnelle (salarisée ou non) que celle pour laquelle votre employeur vous propose le contrat de sécurisation professionnelle ? OUI NON
Si OUI :
- nature de cette activité : _____
- nom ou raison sociale de l'employeur : _____
- jusqu'à quelle date ? _____ En cours

Êtes-vous... ?

Inscrit au Registre du commerce	Inscrit au Répertoire des Métiers	Inscrit à un ordre professionnel	Exploitant agricole affilié à la Mutualité Sociale Agricole	Mandataire de société, groupement ou association	Auto-entrepreneur
<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
Si OUI, joignez un extrait K du Registre du commerce et des sociétés	Si OUI, joignez un extrait du Répertoire des Métiers	Si OUI, joignez une attestation d'affiliation	Si OUI, joignez une attestation d'affiliation à la MSA	Si OUI, joignez un extrait Kbis du Registre du commerce et des sociétés ou un récépissé de déclaration à la Préfecture	Si OUI, joignez une déclaration d'activité ou un justificatif d'inscription

8 | Vos rentes, pensions, et autres revenus de remplacement

- Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ? OUI NON
Si OUI, précisez dans quelle catégorie ? 1 2 3
et joignez une photocopie de la notification d'attribution
- Percevez-vous un avantage vieillesse (en France ou à l'étranger) ? OUI NON
Si OUI, joignez la photocopie de la notification d'attribution
- Percevez-vous une pension militaire (en France ou à l'étranger) ? OUI NON
Si OUI, joignez la photocopie de la notification d'attribution
- Percevez-vous une pension de vieillesse pour inaptitude (en France ou à l'étranger) ? OUI NON
Si OUI, joignez la photocopie de la notification de décision
- Attendez-vous l'attribution d'une pension ou d'une rente (en France ou à l'étranger) ? OUI NON
Si OUI, joignez un justificatif
- Avez-vous exercé une activité dans un secteur relevant d'un régime de retraite spécial (qui permet de liquider un avantage vieillesse avant l'âge légal de départ à la retraite ou sans avoir à justifier du nombre de trimestres d'assurance vieillesse requis) ? OUI NON
Si OUI, nom et adresse de la Caisse concernée : _____

Reportez ici votre nom, votre prénom
et votre numéro de sécurité sociale (NIR) :

Nom : LAROCHE
Prénom : Julime
NIR : 297068816039294
cié

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

JE SOUSSIGNÉ(E), Julime LAROCHE

- atteste sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des renseignements fournis ci-dessus,
- déclare avoir pris connaissance qu'il me sera ultérieurement demandé de formaliser mes relations avec Pôle emploi, pour la mise en oeuvre du contrat de sécurisation professionnelle, dans le cadre d'un document écrit,
- déclare avoir pris connaissance des cas de cessation du bénéfice du contrat de sécurisation professionnelle, rappelés ci-dessous, conformément à l'article 20 §1^{er} de la convention relative au contrat de sécurisation professionnelle,
- déclare également avoir pris connaissance des engagements qui résultent de ma demande d'allocations, et notamment :
 - aviser immédiatement Pôle emploi si je reprends une activité professionnelle, qu'elle soit salariée ou non, temporaire ou non,
 - signaler à Pôle emploi, immédiatement, tout changement de ma situation personnelle ou professionnelle susceptible de modifier mes conditions de prise en charge (entrée en formation, maladie, accident, maternité, invalidité, composition du foyer, modification des ressources fiscales, etc.) ;
 - déclarer à Pôle emploi la date de transfert de ma résidence, en cas de transfert à l'étranger*.

En cas de déclaration inexacte ou d'omission, je serai passible des sanctions prévues à l'article 27 du règlement de l'assurance chômage, sans préjudice des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur.

* En cas de transfert de résidence à l'étranger, Pôle emploi interrompt le paiement de l'allocation de sécurisation professionnelle.
Exception : en cas de transfert de résidence au sein de l'Espace Économique Européen, l'allocation de sécurisation professionnelle peut être maintenue pendant 3 mois maximum sous réserve du respect des conditions prévues par le règlement (CE) n°883/2004.

DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES

Fait à NEULISE le 25 | 02 | 2026

Signature



ARTICLE 20 §1^{er} de la convention du 26 janvier 2015 relative au contrat de sécurisation professionnelle (extrait) :

L'intéressé cesse de bénéficier du contrat de sécurisation professionnelle :

- lorsqu'il refuse une action de reclassement, ou ne s'y présente pas, ou lorsqu'il refuse à deux reprises une offre raisonnable d'emploi ;
- ou lorsqu'il a fait des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue de bénéficier indûment du contrat de sécurisation professionnelle.

ARTICLE L. 5429-1 du code du travail :

Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné à l'article 313-1, au 5^e de l'article 313-2 et à l'article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l'article L. 5425-3 du présent code, est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ces allocations et cette prime est puni de la même peine.

ARTICLE 27 du règlement de l'assurance chômage :

Les personnes qui ont indûment perçu des allocations ou des aides prévues par le présent règlement doivent les rembourser sans préjudice des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur, pour celles d'entre elles ayant fait sciemment des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue d'obtenir le bénéfice de ces allocations ou aides.

DOCUMENTS À PRODUIRE

- Carte d'assurance maladie -vitale- (photocopie)
- Attestation(s) d'employeur(s) des 13 derniers mois
- Relevé d'identité bancaire (norme BIC-IBAN)
- 3 derniers bulletins de salaire, en cas d'adhésion après proposition par Pôle emploi (photocopie)

À remplir par l'employeur et à joindre par ce dernier à la demande d'allocations CSP remplie et signée par le salarié.

Unédic

CSP

- Contrat de
- Sécurisation
- Professionnelle

ATTESTATION
EMPLOYEUR
→ FICHE 3

Attestation d'employeur destinée à France Travail

1 | L'employeur

Établissement employeur : _____

Adresse : _____

S'il s'agit d'un établissement secondaire, nom ou raison sociale de l'établissement principal : _____

Téléphone : _____

Statut juridique : _____

N° SIRET : _____ Code APE/NAF : _____

Nombre total de salariés dans l'établissement employeur au 31.12 écoulé : _____

En cas d'établissements multiples, nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé : _____

ne rien inscrire dans ce cadre

2 | Le salarié

M. Mme

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

N° Sécurité sociale (NIR) : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Ressortissant français* Ressortissant UE* Ressortissant EEE* Ressortissant hors UE et EEE*

Niveau de qualification : _____ Statut cadre ou assimilé : OUI NON

* Voir notice

(code : voir notice)

3 | Caisses de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées :

AGIRC-ARRCO

IRCANTEC

CRPN

CNBF

Autres (précisez) : _____

En cas d'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale, indiquez la caisse : _____ et le numéro d'affiliation : _____

Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ? oui non

Les informations recueillies dans ce document sont destinées à l'étude des droits des salariés à l'allocation de sécurisation professionnelle. Elles peuvent faire l'objet d'une communication aux autres organismes de protection sociale. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation des informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit auprès du délégué à la protection des données de France Travail à contact-dpd@francetravail.fr et auprès de votre agence France Travail, sur place ou par courrier postal ou électronique. Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement informatisé de ces données.



**CAISSE
D'ÉPARGNE**
Loire Drôme Ardèche

Titulaire du compte / Account holder
MLLE JULINE LAROCHE

Relevé d'Identité Bancaire / Bank details statement

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements de quittances, etc.).

Sa utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation. / This statement is intended for your payees and/or payors when setting up Direct debit, Standing orders, Transfers and Payment. Please use this Bank account statement when booking transactions. It will help avoiding execution errors which might result in unnecessary delays.

IBAN

BIC

FR76 1426 5006 0004 2229 7765 051

CEPAFRPP426

Code Banque	Code guichet	N° du compte	Clé RIB	Domiciliation / Paying Bank
14265	00600	04222977650	51	29 BOULEVARD DE REIMS 42300 ROANNE



**Votre carte d'assurance maladie
est strictement personnelle.**

Si vous trouvez une carte Vitale, merci de bien vouloir
la remettre à un organisme d'assurance maladie.

Cette carte n'est pas une carte de paiement.
This card is not a paycard.

www.infocartevitale.fr

Siret : 5301940000051 Code Naf : 4222Z
Urssaf/Msa : 827000002180120814RJ

Matricule : 0000000362
N° SS : 297068816039291

Emploi : **Responsable Etudes**
Statut professionnel : **Cadre**
Groupes : **E**
Seuil : **1**

Madame LAROCHE Juline
455 Chemin Vieux
42590 NEULISE

Entrée : **08/04/2019**
Ancienneté : **6 ans et 9 mois 08/04/2019**

Convention collective : **Télécommunications**

Elements de paie	Base	Taux	A déduire	A payer	Charges patronales		
Salaire de base (Forfait 218 jours)				2 972.00			
Absence pour entrée/sortie	- 14.00	137.1481	1 920.07				
Congés payés pris 220126-270126 (4 jours)	- 4.00	137.1481	548.59				
Absence rémunérée 280126-300126	- 3.00						
Indemnité congés payés (4 jours)				548.59			
Salaire brut				1 051.93			
Santé							
Sécurité Sociale - Mal. Mat. Inval. Décès					1 051.93	13.0000	136.76
Complémentaire - Incap. Inval. Décès					1 051.93	1.5000	15.78
Complémentaire - Santé		0.6560				0.8030	
Accidents du travail & mal. professionnelles					1 051.93	0.6000	6.31
Retraite							
Sécurité Sociale plafonnée	1 051.93	6.9000	72.58		1 051.93	8.5500	89.94
Sécurité Sociale déplafonnée	1 051.93	0.4000	4.21		1 051.93	2.1100	22.20
Complémentaire Tranche 1	1 051.93	4.0100	42.19		1 051.93	6.0100	63.22
Famille					1 051.93	5.2500	55.22
Assurance chômage							
Chômage					1 051.93	4.2500	44.71
APEC	1 051.93	0.0240	0.25		1 051.93	0.0360	0.38
Autres contributions dues par l'employeur							
Autres contributions dues par l'employeur					1 051.93	4.1960	44.15
Autres contributions dues par l'employeur						15.78	8.0000
CSG déduct. de l'impôt sur le revenu	1 049.30	6.8000	71.35				
CSG/CRDS non déduct. de l'impôt sur le revenu	1 049.30	2.9000	30.43				
Exonérations de cotisations employeur							- 109.19
Total des cotisations et contributions			221.01				370.74
Montant net social	830.92						
Net à payer avant impôt sur le revenu				830.92			
Impôt sur le revenu prélevé à la source - PAS	861.35	- 3.0000	25.84				
Taux personnalisé							
Impôt sur le revenu : cumul PAS annuel	142.24						
Net payé				805.08			

	Net	Brut	Cotisations	Net social	Charges patronales	Total	Net payé	Allocations
Mensuel	1.00	1 051.93	1 421.13	861.35	370.74	1 422.67	1 422.67	109.19
Annuel	7.00	2 972.00	4 005.00	4 741.30	1 082.14	3 319.41	4 054.14	308.49
Acquis	25.00	16.67	5.34				Net payé : 805.08 euros	
Pris	25.00	10.00					Paiement le 05/02/2026 par Virement	
Solde		6.67	5.34					

Siret : 5301940000051 Code Naf : 4222Z
Urssaf/Msa : 82700002180120814RJ

Matricule : 000000362
N° SS : 297068816039291

Emploi : **Responsable Etudes**
Statut professionnel : **Cadre**
Groupes : **E**
Scuil : **1**

Madame LAROCHE Juline
362 Route de la Charme
Lieu-Dit Rebruns
42310 CHANGY

Entrée : **08/04/2019**
Ancienneté : **6 ans et 8 mois 08/04/2019**

Convention collective : **Télécommunications**

Elements de paie	Base	Taux	A déduire	A payer	Charges patronales		
Salaire de base (Forfait 218 jours)				2 972.00			
Absence pour entrée/sortie	- 7.67	137.1481	1 051.93				
Congés payés pris 010126-020126 (1 jour)	- 1.00	137.1481	137.15				
Congés payés pris 080126-120126 (3 jours)	- 3.00	137.1481	411.44				
Congés payés pris 150126-190126 (3 jours)	- 3.00	137.1481	411.44				
Indemnité congés payés (7 jours)				960.03			
Salaire brut				1 920.07			
Santé							
Sécurité Sociale - Mal. Mat. Inval. Décès					1 920.07	13.0000	249.60
Complémentaire - Incap. Inval. Décès					1 920.07	1.5000	28.80
Complémentaire - Santé	4 005.00	0.6560	26.27		4 005.00	0.8030	32.16
Accidents du travail & mal. professionnelles					1 920.07	0.6000	11.52
Retraite							
Sécurité Sociale plafonnée	1 920.07	6.9000	132.48		1 920.07	8.5500	164.17
Sécurité Sociale déplafonnée	1 920.07	0.4000	7.68		1 920.07	2.1100	40.51
Complémentaire Tranche 1	1 920.07	4.0100	76.99		1 920.07	6.0100	115.40
Famille					1 920.07	5.2500	100.80
Assurance chômage							
Chômage					1 920.07	4.2500	81.60
APEC	1 920.07	0.0240	0.46		1 920.07	0.0360	0.69
Autres contributions dues par l'employeur							
Autres contributions dues par l'employeur					1 920.07	4.1960	80.57
Autres contributions dues par l'employeur					60.96	8.0000	4.88
CSG déduct. de l'impôt sur le revenu	1 947.43	6.8000	132.43				
CSG/CRDS non déduct. de l'impôt sur le revenu	1 947.43	2.9000	56.48				
Exonérations de cotisations employeur							- 199.30
Total des cotisations et contributions			432.79				711.40
Acompte AGS (ICP)	- 734.73	1.0000	734.73				
Réintégration fiscale	32.16						
Montant net social	1 487.28						
Net à payer avant impôt sur le revenu				752.55			
Impôt sur le revenu prélevé à la source - PAS	1 575.92	- 3.0000	47.28				
Taux personnalisé							
Impôt sur le revenu : cumul PAS annuel	140.09						
Net payé				705.27			

	Cotisations		Contributions		Autres		Net à payer		Net payé	
Mensuel	6.00		1 920.07	2 583.87	1 575.92	711.40	1 896.74	2 631.47	199.30	
Annuel	6.00		1 920.07	2 583.87	3 879.95	711.40	1 896.74	2 631.47	199.30	
Acquis	25.00	15.97	2.78							Net payé : 705.27 euros
Pris	25.00	6.00								
Solde		9.97	2.78							

Siret : 5301940000051 Code Naf : 4222Z
Urssaf/Msa : 82700002180120814RJ

Matricule : 000000362
N° SS : 297068816039291

Emploi : **Responsable Etudes**
Statut professionnel : **Cadre**
Groupes : **E**
Scuil : **1**

Entrée : **08/04/2019**
Ancienneté : **6 ans et 8 mois 08/04/2019**

Convention collective : **Télécommunications**

Madame LAROCHE Juline
362 Route de la Charme
Lieu-Dit Rebruns
42310 CHANGY

Elements de paie	Base	Taux	A déduire	A payer	Charges patronales		
Salaire de base (Forfait 218 jours)				2 750.00			
Absence pour entrée/sortie	- 2.00	126.9036	253.81				
Congés payés pris 191225 (1 jour)	- 1.00	126.9036	126.90				
Congés payés pris 221225-251225 (3 jours)	- 3.00	126.9036	380.71				
Absence rémunérée 261225	- 1.00						
Congés payés pris 291225-311225 (3 jours)	- 3.00	126.9036	380.71				
Indemnité congés payés (7 jours)				947.79			
Salaire brut				2 555.66			
Santé							
Sécurité Sociale - Mal. Mat. Inval. Décès					2 555.66	7.0000	178.90
Complémentaire - Incap. Inval. Décès					2 555.66	1.5000	38.33
Complémentaire - Santé		0.6480				0.7920	
Accidents du travail & mal. professionnelles					2 555.66	4.1000	104.78
Retraite							
Sécurité Sociale plafonnée	2 555.66	6.9000	176.34		2 555.66	8.5500	218.51
Sécurité Sociale déplafonnée	2 555.66	0.4000	10.22		2 555.66	2.0200	51.62
Complémentaire Tranche 1	2 555.66	4.0100	102.48		2 555.66	6.0100	153.60
Famille							
Assurance chômage							
Chômage					2 555.66	4.2500	108.62
APEC	2 555.66	0.0240	0.61		2 555.66	0.0360	0.92
Cot. statutaires ou prévues par la conv. coll.							
Développement du paritarisme					2 555.66	0.0230	0.59
Autres contributions dues par l'employeur							
Autres contributions dues par l'employeur					2 555.66	4.2960	109.81
Autres contributions dues par l'employeur					38.33	8.0000	3.07
CSG déduct. de l'impôt sur le revenu	2 549.27	6.8000	173.35				
CSG/CRDS non déduct. de l'impôt sur le revenu	2 549.27	2.9000	73.93				
Exonérations de cotisations employeur							- 37.27
Total des cotisations et contributions			536.93				1 019.65
Acompte AGS (ICP)	- 725.38	1.0000	725.38				
Montant net social	2 018.73						
Net à payer avant impôt sur le revenu				1 293.35			
dont évolution de la rémunération liée à la suppression des cotisations chômage et maladie	37.17						
Impôt sur le revenu prélevé à la source - PAS Taux personnalisé	2 092.66	- 3.0000	62.78				
Impôt sur le revenu : cumul PAS annuel	69.12						
Net payé				1 230.57			

	Jours	Brut	Patronales	Net à payer	Charges sociales	Total	Versements
Mensuel	12.00	2 555.66	3 671.77	2 092.66	1 019.65	2 849.93	3 575.31
Annuel	56.50	32 658.17	47 100.00	2 304.03	11 391.11	43 402.93	44 049.28
Acquis	25.00	14.58	2.28				
Pris	24.00						
Solde	1.00	14.58	2.28				

Net payé : 1 230.57 euros

Paiement le 05/01/2026 par Virement

Siret : 53019400000051 Code Naf : 4222Z
Jrssf/Msa : 827 000002180120814

Matricule : 000000362
N° SS : 297068816039291

Emploi : **Responsable Etudes**
Statut professionnel : **Cadre**
Groupes : **E**
Scuil : **1**

Madame LAROCHE Juline
362 Route de la Charme
Lieu-Dit Rebraus
42310 CHANGY

Entrée : **08/04/2019**
Ancienneté : **6 ans et 7 mois 08/04/2019**

Convention collective : **Télécommunications**

Éléments de paie	Base	Taux	À déduire	À payer	Charges patronales		
Salaire de base (Forfait 218 jours)				2 750.00			
Absence pour entrée/sortie	- 19.67	126.9036	2 496.19				
Salaire brut				253.81			
Santé					253.81	7.0000	17.77
Sécurité Sociale - Mal. Mat. Inval. Décès					253.81	1.5000	3.81
Complémentaire - Incap. Inval. Décès					3 925.00	0.7920	31.09
Complémentaire - Santé	3 925.00	0.6480	25.43		253.81	0.5400	1.37
Accidents du travail & mal. professionnelles							
Retraite					253.81	8.5500	21.70
Sécurité Sociale plafonnée	253.81	6.9000	17.51		253.81	2.0200	5.13
Sécurité Sociale déplafonnée	253.81	0.4000	1.02		253.81	6.0100	15.25
Complémentaire Tranche 1	253.81	4.0100	10.18		253.81	3.4500	8.76
Famille							
Assurance chômage					253.81	4.2500	10.78
Chômage					253.81	0.0360	0.09
APEC	253.81	0.0240	0.06				
Cot. statutaires ou prévues par la conv. coll.					253.81	0.0230	0.06
Développement du paritarisme							
Autres contributions dues par l'employeur					253.81	4.2960	10.91
Autres contributions dues par l'employeur					34.90	8.0000	2.79
CSG déduct. de l'impôt sur le revenu	284.27	6.8000	19.33				
CSG/CRDS non déduct. de l'impôt sur le revenu	284.27	2.9000	8.24				
Exonérations de cotisations employeur							- 6.98
Total des cotisations et contributions			81.77				122.53
Réintégration fiscale	31.09						
Montant net social	172.04						
Net à payer avant impôt sur le revenu				172.04			
dont évolution de la rémunération liée à la suppression des cotisations chômage et maladie	3.16						
Impôt sur le revenu prélevé à la source - PAS Taux personnalisé	211.37	- 3.0000	6.34				
Impôt sur le revenu : cumul PAS annuel	6.34						
Net payé				165.70			

	Jours	Brut	Plafond S.S.	Net imposable	Ch. patronales	Cot. Global	Total verse	Allègements
Mensuel	2.00	253.81	253.23	211.37	122.53	376.34	376.34	26.78
Annuel	44.50	30 102.51	43 428.23	211.37	10 371.46	40 553.00	40 473.97	3 638.24
	Congés N-1	Congés N	Jours RTT					
Acquis	25.00	12.64	1.55					
Pris	17.00							
Solde	8.00	12.64	1.55					
Net payé : 165.70 euros								
Paiement le 05/01/2026 par Virement								

Numéro : **5301940000051** Code Naf : **4222Z**
Code Msa : **827 000002180120814**

Matricule : **000000362**
N° SS : **297068816039291**

Emploi : **Responsable Etudes**
Statut professionnel : **Cadre**
Groupes : **E**
Seuil : **1**

Madame LAROCHE Juline
362 Route de la Charme
Lieu-Dit Rebruns
42310 CHANGY

Entrée : **08/04/2019**
Ancienneté : **6 ans et 7 mois 08/04/2019**

Convention collective : **Télécommunications**

Eléments de paie	Base	Taux	A déduire	A payer	Charges patronales		
Salaire de base (Forfait 218 jours)				2 750.00			
Salaire brut				2 750.00			
Santé							
Sécurité Sociale - Mal. Mat. Inval. Décès					2 750.00	7.0000	192.50
Complémentaire - Incap. Inval. Décès					2 750.00	1.5000	41.25
Complémentaire - Santé	3 925.00	0.6480	25.43		3 925.00	0.7920	31.09
Accidents du travail & mal. professionnelles					2 750.00	0.5400	14.85
Retraite							
Sécurité Sociale plafonnée	2 750.00	6.9000	189.75		2 750.00	8.5500	235.13
Sécurité Sociale déplafonnée	2 750.00	0.4000	11.00		2 750.00	2.0200	55.55
Complémentaire Tranche 1	2 750.00	4.0100	110.28		2 750.00	6.0100	165.28
Famille					2 750.00	3.4500	94.88
Assurance chômage							
Chômage					2 750.00	4.2500	116.88
APEC	2 750.00	0.0240	0.66		2 750.00	0.0360	0.99
Cot. statutaires ou prévues par la conv. coll.							
Développement du paritarisme					2 750.00	0.0230	0.63
Autres contributions dues par l'employeur							
Autres contributions dues par l'employeur					2 750.00	4.2960	118.16
Autres contributions dues par l'employeur					72.34	8.0000	5.79
CSG déduct. de l'impôt sur le revenu	2 774.21	6.8000	188.65				
CSG/CRDS non déduct. de l'impôt sur le revenu	2 774.21	2.9000	80.45				
Exonérations de cotisations employeur							- 70.69
Total des cotisations et contributions			606.22				1 002.29
Réintégration fiscale	31.09						
Exonération sur HC/HS/RTT : cumul net fiscal annuel	1 011.81						
Montant net social	2 143.78						
Net à payer avant impôt sur le revenu				2 143.78			
dont évolution de la rémunération liée à la suppression des cotisations chômage et maladie	39.47						
Impôt sur le revenu prélevé à la source - PAS Taux personnalisé	2 255.32	- 3.0000	67.66				
Impôt sur le revenu : cumul PAS annuel	880.74						
Net payé				2 076.12			

	Jours	Brut	Plafond S.S.	Net imposable	Ch. patronales	Coût Global	Total versé	Allogements
Novembre	20.00	2 750.00	3 925.00	2 255.32	1 002.29	3 752.29	3 752.29	285.19
Décembre	42.50	29 848.70	43 175.00	26 130.10	10 248.93	40 176.66	40 097.63	3 611.46
Congés N-1								
Congés N								
Jours RTT								
Novembre	25.00							
Décembre	17.00							
Janvier	8.00							
							Net payé : 2 076.12 euros	
							Paiement le 05/12/2025 par Virement	