



santé
famille
retraite
services

DEMANDE D'AIDE AU REMPLACEMENT D'UN NON SALARIE AGRICOLE

(maladie ou accident non couvert par l'ATEXA)

DEMANDEUR	
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom : Date de naissance : ____ / ____ / ____ N° d'adhérent : <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> GAMEX	QUALITE <input type="checkbox"/> Chef d'exploitation <input type="checkbox"/> Conjoint collaborateur <input type="checkbox"/> Aide familial <input type="checkbox"/> Associé
ADRESSE N° Voie Code postal Commune Téléphone Domicile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Autre (mobile) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	

LE REMPLACEMENT SERA EFFECTUE PAR :

NOM du salarie : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom :	NOM de l' association de service de remplacement : Nom : Adresse :
--	--

DATES ET DUREE DE L'ARRET DE TRAVAIL : du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ , soitjours

Fait à, le	
Le demandeur, Signature :	Le service de remplacement, Signature :

JOINDRE IMPERATIVEMENT L'ARRET DE TRAVAIL A LA PRESENTE DEMANDE (imprimé cerfa)

DOCUMENT A RETOURNER A :

MSA DLG - Service ASS
7 place du Général Leclerc
24012 PERIGUEUX Cedex

☎ 05 53 67 77 77



santé
famille
retraite
services

AIDE AU REMPLACEMENT D'UN NON SALARIE AGRICOLE

Attestation de travail

Je soussigné(e) Monsieur Madame

N° d'adhérent : Téléphone / / /

Demeurant à :

Certifie que Monsieur Madame

Demeurant à

**a travaillé sur mon exploitation dans le cadre du Service de Remplacement pour la période
d'arrêt de travail du au**

Nombre d'heures travaillées : heures.

Fait à, le

Le demandeur,
Signature :

Le service de remplacement,
Signature :

DOCUMENT A RETOURNER ACCOMPAGNE DE LA FACTURE

DOCUMENT A RETOURNER A:

MSA Dordogne, Lot et Garonne
Service Action Sanitaire et Sociale
7 place du Général Leclerc
24012 PERIGUEUX Cedex

☎ 05 53 67 77 77